

**EDA EN MENORES DE CINCO AÑOS. PROMOCION Y PREVENCION**

**UBELIS PATRICIA ARZUAGA  
MARTHA ISABEL DUEÑAS  
DORIS DEL CARMEN GUERRA  
CLAUDIA TRINIDAD PAZOS  
ANA LUCIA REALPE ORTEGA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA  
UNAD  
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGIA E INGENIERIA  
TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA  
PALMIRA  
2013**

**EDA EN MENORES DE CINCO AÑOS. PROMOCION Y PREVENCION**

**UBELIS PATRICIA ARZUAGA  
MARTHA ISABEL DUEÑAS  
DORIS DEL CARMEN GUERRA  
CLAUDIA TRINIDAD PAZOS  
ANA LUCIA REALPE ORTEGA**

Trabajo de Grado presentado como  
Requisito para optar al título de  
Tecnólogo en Regencia de Farmacia

Asesor:

**DILSON RIOS ROMERO**  
Director del Curso

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA  
UNAD  
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGIA E INGENIERIA  
TECNOLOGÍA EN REGENCIA DE FARMACIA  
PALMIRA  
2 0 1 3**

## NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

---

**Firma Jurado**

---

**Firma Jurado**

Mayo de 2013

## DEDICATORIA

*A Dios por darnos la fuerza interior que nos guio en el camino hacia la culminación de nuestra meta.*

*A nuestras familias que gracias a su comprensión, apoyo, esfuerzo, dedicación, compañía y amor incondicional, hicieron que culmináramos con éxito un sueño más en nuestras vidas.*

*A nuestros tutores quienes fueron un pilar importante en nuestra formación profesional y personal.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradecemos profundamente a todas las personas encuestadas, que de una u otra forma ayudaron a que se lograra este trabajo de grado, también a nuestros familiares por la paciencia que nos tuvieron en momentos que no podíamos estar con ellos, a nuestros amigos y compañeros de estudio por entender que cada esfuerzo académico era por crecer en esta vida llena de obstáculos y muy especialmente al director y tutor de curso por el acompañamiento en el curso de fundamentos en salud pública, fortaleciendo los conocimientos en la materia para el desarrollo de esta propuesta académica.*

## GLOSARIO

**DIARREA EXCRETORA:** Se presenta cuando el intestino continúa secretando agua y electrólitos; se relaciona muy posiblemente con la presencia de ciertas sustancias en el lumen intestinal que podrían designarse como secretagogos: algunos ejemplos serían las toxinas bacterianas, ciertos laxantes, alguna forma de sales biliares y ácidos grasos. Clásicamente las deposiciones de este tipo de diarrea continúan así deje de comer.

**DIARREA CON DISENTERÍA:** Corresponde a aquellos casos que se acompañan de sangre en las heces. Lo cual está indicando que se trata de una diarrea invasora de origen bacteriano o amebiano. Las bacterias más frecuentemente responsable.

**DIARREA OSMÓTICA:** Se produce cuando hay componentes de la dieta que no se absorben (la lactosa, por ejemplo). Estos efectos se relacionan con la disminución de la superficie de absorción que producen infecciones como las ocasionadas por el rotavirus y algunas bacterias. Dicho en forma práctica, en este tipo de diarrea. Las deposiciones diarreicas cesan al dejar de comer.

**DIARREA PERSISTENTE:** La diarrea persistente es un episodio diarreico que se inicia en forma aguda y que se prolonga más de 14 días.

**DIARREA SIMPLE:** Corresponde al cuadro clínico de diarrea usual, generalmente auto limitadas, con pocos días de evolución, sin ninguna de las características que la ubiquen en los demás tipos de diarrea y que se logra controlar con las medidas básicas que incluyen suero oral.

**EPIDEMIOLOGIA:** La epidemiología es, en la acepción más común, el “estudio de las epidemias” es decir, de las “enfermedades que afectan transitoriamente a muchas personas en un sitio determinado.

**FACTOR DE RIESGO:** circunstancia que aumenta la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad o evento.

**FUENTE DE AGUA:** El agua contaminada con heces humanas procedentes, por ejemplo, de aguas residuales, fosas sépticas o letrinas, es particularmente peligrosa. Las heces de animales también contienen microorganismos capaces de ocasionar enfermedades diarreicas.

**INFECCIÓN:** La diarrea es un síntoma de infecciones ocasionadas por muy diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua con contaminación fecal. La infección es más común cuando hay escasez de agua limpia para beber, cocinar y lavar. Las dos causas más

comunes de enfermedades diarreicas en países en desarrollo son los rotavirus y *Escherichia coli*.

**MALNUTRICIÓN:** Los niños que mueren por diarrea suelen padecer malnutrición subyacente, lo que les hace más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez, cada episodio de diarrea empeora su estado nutricional. La diarrea es la segunda mayor causa de malnutrición en niños menores de cinco años.

**MORBILIDAD:** Se refiere a los efectos de una enfermedad en una población en el sentido de la proporción de personas que la padecen en un sitio y tiempo determinado. En el sentido de la epidemiología se puede ampliar al estudio y la cuantificación de la presencia y efectos de una enfermedad en una población.

**MORTALIDAD:** La mortalidad es la condición de ser mortal, por tanto de ser susceptible a la muerte. Sin embargo el tema de mortalidad está relacionado con los estudios estadísticos aplicados sobre poblaciones. La mortalidad aparece entonces como un número que busca establecer la cantidad de muertes sobre una población determinada.

**OTRAS CAUSAS:** Las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente. Los alimentos elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas son otra causa principal de diarrea. Los alimentos pueden contaminarse por el agua de riego, y también pueden ocasionar enfermedades diarreicas el pescado y marisco de aguas contaminadas.

**PREVENCION:** La palabra prevención del verbo prevenir es definida como preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro.

**REHIDRATACION:** Se basa en la restitución de la cantidad de agua y electrolitos que se pierden a causa de la diarrea y es la primera medida a poner en marcha una vez diagnosticada.

**SALUD PUBLICA:** Es la disciplina encargada de la protección de la salud pública a nivel poblacional. En este sentido busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concientización, la educación y la investigación.

**SINTOMAS:** Manifestación subjetiva de una enfermedad que no es observable por el médico, como el cansancio o el dolor. Señal o signo de que una cosa está ocurriendo o va a ocurrir.

**TRO:** Terapia de rehidratación oral.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	10
1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA	11
1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA	11
2. OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GENERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	13
3. JUSTIFICACION	14
4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	15
5. ESCENARIO SOCIOCULTURAL	16
6. MARCO REFERENCIAL	17
6.1 LA HISTORIA DE LA DIARREA EN NIÑOS	17
6.2 DIARREA INFANTIL EN COLOMBIA.	17
7. MARCO CONTEXTUAL	19
8. MARCO TEORICO	20
8.1 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)	20
8.2 ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	21
8.3 CUADRO CLÍNICO	22
8.4 COMPLICACIONES DE LA DIARREA AGUDA	23
8.5 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	23
8.6 TRATAMIENTO	24
8.7 ALIMENTOS PROHIBIDOS EN LAS DIARREAS	25
8.8 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	25
8.9 FASE DE REHIDRATACIÓN	26
8.10 FASE DE REALIMENTACIÓN PRECOZ	26
8.11 CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LA DIARREA	26
8.12 DIAGNÓSTICO DE LA CAUSA DE LA DIARREA	26
8.13 VALORACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN DEL NIÑO	27
8.14 CONTRAINDICACIONES	28
8.15 PREVENCIÓN DE LAS DIARREAS	28
9. MARCO LEGAL	29



	<b>Pág.</b>
10. METODOLOGÍA	30
10.1 TIPO DE TRABAJO	30
10.2 FORMA DE RECOLECCION DE DATOS	30
10.3 POBLACION Y MUESTRA	31
11. RESULTADOS OBTENIDOS	32
12. INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	46
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXOS	50

## **INTRODUCCION**

El tema escogido para la realización del trabajo de campo es acerca de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de cinco años promoción y prevención.

El motivo por el cual se escogió el tema es que en los diferentes municipios a los cuales pertenecemos el grupo colaborativo, se ha presentado como un problema de salud pública contenido en el plan territorial de salud de cada municipio. Con este trabajo esperamos informar y concientizar a muchas personas sobre crear estilos de vida saludables y reducir así la diarrea en niños menores de cinco años, que entiendan que con un hábito tan sencillo como lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, están protegiendo la salud y la vida de sus hijos.

## 1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 1,5 millones de niños cada año. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales.

La EDA es una problemática de Salud pública que se define como la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces firmes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados. La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente. Las enfermedades diarreicas pueden tratarse con una solución de agua limpia, azúcar y sal, y con comprimidos de zinc.

Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

- La diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días y comprende el cólera.
- La diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disintérica o disentería; y la - diarrea persistente, que dura 14 días o más.

Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo, y por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, alrededor de mil millones de personas carecen de acceso a fuentes de agua mejoradas y unos 2500 millones no tienen acceso a instalaciones básicas de saneamiento. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en desarrollo.

### 1.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

**¿Cuáles son las principales causas para la Enfermedad Diarreica Aguda en niños de 5 años en los Municipios de Túquerres, Consacá, Palmira y Fusagasugá?**

Al realizar consulta del plan territorial de salud de cada municipio, se pudo observar que la Enfermedad Diarreica Aguda ocupa los primeros lugares de morbilidad de los niños menores de 5 años, en ese sentido es como con la realización de este esperamos informar y concientizar a muchas personas sobre

cómo prevenir la enfermedad y promover estilos de vida saludables con el propósito de disminuir casos de enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años, que entiendan que con un hábito tan sencillo como lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, están protegiendo la salud y la vida de sus hijos.

La enfermedad diarreica aguda constituye uno de los principales problemas que afectan a la población infantil disminuyendo su bienestar y generando una demanda importante a nivel de los servicios de salud a través del tiempo hemos notado una importante disminución en la mortalidad, pero la diarrea continua siendo un problema de salud pública.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar los factores de riesgos asociados con la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de cinco años, mediante encuestas tomando como muestra la población de los diferentes Municipios, con el propósito de conocer la promoción y prevención de la enfermedad.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar las causas más frecuentes por las cuales se presenta la EDA en los niños menores de cinco años en los Municipios de Consacá, Túquerres, (Nariño), Fusagasuga y Palmira (Valle).
- Determinar la prevalencia de Enfermedad Diarreica Aguda según la edad de los niños en los Municipios de Consacá, Túquerres, (Nariño), Fusagasuga y Palmira (Valle).
- Identificar los hábitos domésticos relacionados con la enfermedad en la familia de los niños en nuestro sector de estudio.

### **3. JUSTIFICACION**

La EDA continúa siendo un problema importante de salud pública por ser una de las principales causas de muerte en menores de 5 años, por el elevado número de casos que se presentan anualmente y por los gastos que genera el tratamiento médico general o específico de los enfermos.

De igual manera este trabajo constituye un aporte para los investigadores del área de la salud quienes dispondrán de datos e información pertinente que de una manera concreta, lo que permite establecer estrategias para informar, orientar y educar a la comunidad para prevenir la enfermedad diarreica aguda, ya que realizando promoción de la salud y prevención de la enfermedad, logrando así cambios de comportamiento hacia conductas saludables.

#### **4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

La investigación se realiza en el casco urbano del municipio de Palmira, Pasto, Túquerres, Consacá y Fusagasugá, en los días comprendidos entre el 20 de febrero al 15 de mayo de 2012, con relación en madres de niños menores de 5 años.

## **5. ESCENARIO SOCIOCULTURAL**

En los primeros seis años de vida se deciden muchas cosas de manera definitiva para el ser humano. Las complicaciones en la gestación, en el parto y enfermedades evitables o fácilmente curables como las debidas a la falta de higiene y al ambiente malsano, pueden cortar vidas o limitar para siempre las capacidades de una persona.

Viendo el asunto más de fondo, la disminución de casos de EDA y la muerte por la misma, deben ser causas fácilmente evitables, pues dentro de los retos actuales del gobierno nacional es avanzar tanto hacia el mejoramiento del acceso al agua, al saneamiento básico y a la educación, como hacia el aseguramiento en la prestación universal de los servicios comunitarios de salud, de carácter ambulatorio y hospitalario.

De esta forma ningún niño o niña quedará excluido de los beneficios de acciones de salud eficaces como los cuidados integrales en el período neonatal, el monitoreo del crecimiento y desarrollo, la orientación alimentaria, la vacunación oportuna y, cuando sea necesario, el tratamiento hospitalario de enfermedades potencialmente muy graves como la EDA las cuales responden muy bien a terapias simples y de bajo costo si son tratadas a tiempo. La aplicación racional de estas medidas, conocida como “Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades prevalentes en la Infancia” puede reducir muchas muertes de menores de 5 años.

La Organización Mundial de la Salud - OMS considera que los entornos saludables son aquellos que “apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento”. Los entornos también son el marco que permite identificar los factores protectores y de riesgo; además de aplicar estrategias de promoción de la salud, mejorar la calidad de vida y contribuir al desarrollo sostenible.



## **6. MARCO REFERENCIAL**

### **6.1 LA HISTORIA DE LA DIARREA EN NIÑOS**

#### **Epidemiología**

A lo largo de la historia, la diarrea aguda ha sido una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la infancia. Se estima que, a escala mundial, cada uno de los 140 millones de niños nacidos anualmente experimenta una media de 7 a 30 episodios de diarrea en los primeros 5 años de vida, y 11.000 niños fallecen diariamente por este motivo.

Esta mortalidad es casi totalmente a expensas de países en desarrollo. En los países industrializados, a pesar de unas condiciones sanitarias infinitamente mejores, la gastroenteritis aguda sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad infantil y de demanda de atención sanitaria. En nuestro medio la principal etiología de la diarrea aguda infantil es la vírica, aunque los agentes bacterianos pueden ser los predominantes en determinadas épocas del año y en niños mayores. Desde el descubrimiento en 1972 del virus Norwalk, primer virus identificado como agente etiológico de gastroenteritis en humanos, se han definido cuatro grandes categorías de estos virus: rotavirus, astro virus, adenovirus entéricos y calicivirus humanos.

Los rotavirus constituyen el principal agente etiológico productor de diarrea grave en la infancia e infectan prácticamente a todos los niños en los 4 primeros años de edad. Son los más frecuentemente detectados en los casos que precisan ingreso hospitalario y el principal agente productor de diarrea nosocomial en las unidades de ingreso infantiles. Los adenovirus entéricos y astro virus producen un cuadro clínico más leve. La información disponible sobre la epidemiología de la diarrea asociada a calicivirus es todavía limitada por la falta de medios de detección de aplicación rutinaria. Respecto a la etiología bacteriana, los agentes predominantes son *Salmonella* spp y *Campylobacter* spp, seguidos de *Shigella* spp, *Aeromona* spp y *Yersinia* spp. En la mayoría de estudios epidemiológicos infantiles, estos agentes son detectados más frecuentemente en pacientes con gastroenteritis tratados de forma ambulatoria. La dificultad de estudio en heces de las distintas variedades de *E. coli* hace que se disponga de escasos datos sobre su incidencia en nuestro medio.

### **6.2 DIARREA INFANTIL EN COLOMBIA.**

En Colombia, en el año 2000 se certificaron al DANE 1.002 muertes por enfermedad diarreica aguda en niños y niñas menores de cinco años procedentes de 330 municipios; es decir, por lo menos 2 niños mueren cada día por esta causa. Actualmente, la diarrea infantil es una de las más frecuentes causas de mortalidad en la infancia. Para los niños entre uno y cuatro años es del 7.2%, para

niñas de la misma edad es de 8.6%. Durante el año 1990 el porcentaje de niños con enfermedad diarreica aguda durante las dos últimas semanas fue de 12.3% y en el año 2005, este porcentaje se incrementó a 14.1% .Dentro de los factores de Riesgo están claramente detectados factores de conducta tales como: No lactancia materna exclusiva (durante los primeros 6 meses de vida), el uso de biberones, conservar alimentos a temperatura ambiente durante varias horas antes de su consumo, no lavarse las manos después de defecar o antes de tocar los alimentos, no desechar correctamente las heces y deficiencias en higiene personal, y doméstica .

## **7. MARCO CONTEXTUAL**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a principios de los años 80, los trastornos diarreicos eran los asesinos más importantes de los niños, responsables de un estimado de 4.6 millones de muertes anualmente en todo el mundo. A pesar del uso extendido de las terapias de rehidratación oral (TRO) y el aumento de la comprensión de la diarrea, 2.5 millones de niños aún mueren a causa de estas enfermedades anualmente en casi todos los países subdesarrollados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la diarrea como el paso de las deposiciones sueltas o líquidas al menos tres veces en un período de 24 horas, pero hace más bien hincapié en el cambio de consistencia de la deposición que en la frecuencia y en la utilidad de la intuición de los padres para decir que el niño tiene diarrea o no, sin embargo las madres pueden utilizar varias denominaciones para describir lo que consideran diarreas, en dependencia de si las evacuaciones son blandas, semilíquidas, líquidas, sanguinolentas o con moco, o si el niño vomita, se considera como un mecanismo de defensa del organismo frente a la agresión de agentes externos.

La mayor parte de las enfermedades diarreicas ocurre durante los dos primeros años de vida. Su incidencia es mayor en los lactantes de 6 a 11 meses de edad, cuando se produce el destete o comienza la alimentación. Este patrón refleja los efectos combinados de la disminución de anticuerpos adquiridos de la madre, la falta de inmunidad activa del menor de un año, la introducción de alimentos que pueden estar contaminados con agentes enteropatógenos y el contacto directo con heces cuando el niño gatea.

Es asimismo una de las causas más frecuentes de ingreso hospitalario, sobre todo por deshidratación. La inmensa mayoría de los ingresos hospitalarios por diarrea, y de las muertes, son debidos fundamentalmente al tratamiento inapropiado.

El trabajo que realizaremos como estudiantes de Tecnología en Regencia de Farmacia con las encuestas aplicadas en los Municipios de Consacá, Túquerres, (Nariño), Fusagasuga y Palmira (Valle) y el análisis de estas, será el llegar a plantear conclusiones y aportar soluciones a este problema de salud.

## **8. MARCO TEORICO**

### **8.1 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)**

#### **Definición**

Aumento en la cantidad de agua, frecuencia y volumen de las deposiciones.

Aguda: 3 a 14 días (4-7)

Prolongada: 14 a 10 días

Crónica: > 30 días

Síndrome disentérico mucosidades y sangre.

#### **Prevalencia**

1 a 3 episodios/año en los 3 primeros años de vida.

A menor edad del niño, existe mayor susceptibilidad de deshidratación.

Enfermedad estacional (meses de calor)

Lactancia materna factor protector

#### **Epidemiología**

El síndrome diarreico agudo es un problema de salud pública tanto en adultos como en niños, en los primeros es causa de alta morbilidad e inasistencia laboral. Según datos de la organización mundial de la salud, esta patología constituye una de las cinco etiologías, que producen más de 8 millones de muertes infantiles en los países desarrollados.

#### **Grupos de alto riesgo**

- Viajeros
- Consumidores de ciertos alimentos
- Personas con inmunodeficiencias
- Personal de guarderías y sus familias
- Personas que residen en centros de acilos

#### **Signos y síntomas**

- Sed intensa
- Debilidad
- Irritabilidad
- Llanto sin lágrimas
- Ojos hundidos
- Signo de lienzo húmedo (al pellizcar la piel esta tarda en volver a su estado normal)

- Pulso acelerado y débil
- Piel y mucosas secas
- Palidez de piel y mucosas

## **8.2 ETIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**

### **INFECCIOSAS:**

#### **Bacterianas:**

Escherichia coli, Shigella, Salmonella, Campylobacter fetus jejuni, Yersinia enterocolitica, Klebsiella aerobacter, Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, Clostridium (difficile, perfringens), Vibrios Cholerae, Aeromonas, Pleisiomonas.

#### **Virales:**

Rotavirus, Adenovir, Agente de Norwalk, Agente parecido al Norwalk, Coronavirus, Astrovirus, Entrovirus, Virus ECHO, Coxsackie.

#### **Parasitarias:**

Cryptosporidium parvum, Giardia lamblia, Ciclospora cayetanen, Entamoeba histolityca, Balantidium coli.

#### **Hongos:**

Candida Albicans, Histoplasmosis Diseminada

### **NO INFECCIOSAS:**

#### **Alimentarías:**

Abandono de la lactancia materna, Administrar fórmulas de leche muy concentrada, Intolerancia a la lactosa, Exceso en la ingesta de frutas y vegetales

#### **Medicamentosas:**

Efecto terapéutico de: laxantes, Efecto colateral: Antibióticos, Antiácidos, Antihipertensivos, Quimioterapicos, Digoxina, Quinidina.

#### **Endocrino metabólicas:**

Insuficiencia Suprarrenal, Hipertiroidismo, Uremia

### **Otras:**

Poliposis difusa, Diverticulosis del colon, Hemorragia intestinal, Peritonitis en sus inicios

### **8.3 CUADRO CLÍNICO**

Ante la presencia de un paciente con Enfermedad Diarreica Aguda (**EDA**) se debe indagar las características de las deposiciones, presencia de otros síntomas acompañantes, náuseas, vómitos, dolor abdominal, fiebre, mialgias, tenesmo rectal y ardor perianal, así como la existencia de otras personas con cuadros clínicos similares y su relación con la ingestión de alimentos posiblemente contaminados.

Generalmente el comienzo es brusco, la mayor parte de los episodios de diarrea aguda remiten espontáneamente y duran de 3 a 7 días, no obstante el personal médico debe tener en cuenta los grupos de alto riesgo:

- Niños a los que se ha suspendido la lactancia materna exclusiva
- Personas que viven en condiciones de hacinamiento.
- Niños y personal que coexisten en círculos infantiles u otra institución infantil.
- Inmunodepresión
- Ancianos
- Pacientes que reciben tratamiento con esteroides e inmunodepresores.
- Prostitutas.
- Personas positivas al VIH.

Es de vital importancia la realización de interrogatorio y examen físico minucioso que proporcione datos de gran valor para la orientación etiológica.

En el examen físico del paciente es necesario valorar los siguientes aspectos:

- Estado nutricional del paciente mediante el examen físico y la toma de peso y talla
- Lesiones cutáneas bucales de avitaminosis
- Existencia o no de fiebre
- Palidez Cutánea mucosa
- Abdomen globuloso
- Hiperperistaltismo
- Timpanismo o matidez
- Tumorción abdominal
- Prolapso rectal

Una alta proporción de niños que evolucionan hacia un curso prolongado presentan ya altas tasas fecales y deshidratación iterativa a los 5-7 días de evolución intrahospitalaria.

#### **8.4 COMPLICACIONES DE LA DIARREA AGUDA**

La **deshidratación** con **acidosis** es la complicación más común de la diarrea aguda. La mayoría de las diarreas que causan excesivas pérdidas de líquidos resultan en una concentración isotónica de los espacios corporales (**isonatremia**). En niños desnutridos o con diarrea crónica o repetida, tiende a producirse **hiponatremia**. La deshidratación hipernatrémica, por otra parte, se ve raramente en la actualidad y su tratamiento requiere de una corrección de la deshidratación más lenta y controlada.

Las complicaciones digestivas son: Íleo paralítico, invaginación intestinal, enteritis necrotizante, neumatosis quística intestinal, peritonitis, apendicitis, déficit transitorio de disacaridasas, enteropatía perdedora de proteínas.

Complicaciones renales, infección urinaria, trombosis de la vena porta, necrosis cortical bilateral, papilitis necrotizante, síndrome hemolítico urémico.

Complicaciones neurológicas, meningoencefalitis tóxica, meningoencefalitis purulenta, trombosis de los senos venosos, absceso cerebral.

Entre las complicaciones cardiovasculares se encuentran miocarditis y shock, hematológicas: septicemia, endocrinas; insuficiencia suprarrenal aguda, etc.

Complicaciones iatrogénicas, superinfección, disbacteriosis, intoxicación hídrica, hipernatrémica, infección por trocar, aporte insuficiente de líquido, uso prolongado de venoclisis, infección cruzada por mala manipulación del paciente.

#### **8.5 EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

Entre los complementarios fundamentales a realizar:

- Hemograma
- Orina
- Heces fecales seriadas (3 muestras)
- Coprocultivo
- Determinación de leucocitos polimorfos nucleares en heces
- Gram. En heces
- Intubación duodenal

Se pueden indicar otras pruebas en dependencia de los síntomas ionograma, gasometría, osmolaridad del plasma y otras. (1, 4, 7, 8,9)

## **8.6 TRATAMIENTO**

El tratamiento lo dividimos en:

### **Profiláctico:**

- Mantener la lactancia materna exclusiva por 6 meses
- Evitar el destete precoz
- Educación Sanitaria a las madres para mejorar sus conocimientos dietéticos, no dar más de un litro de leche al día, buena preparación de la leche.
- Mantener las medidas de higiene en el hogar.
- Promover la asistencia a las consultas programadas.

### **Dietético en la diarrea aguda:**

- Mantener la lactancia materna
- Se debe interrumpir el consumo del alimento o fármaco responsable.
- Proporcionar una ingesta adecuada de líquidos y electrolitos con la finalidad de lograr la repleción de volumen y mantenerla. En estos casos esta indicadas las sales de rehidratación oral
- La rehidratación se basa en la restitución de la cantidad de agua, glucosa y electrolitos que se pierden a causa de la diarrea y es la primera medida a poner en marcha una vez diagnosticada.

La OMS y la UNICEF recomiendan la siguiente fórmula de rehidratación por vía oral:

- Agua, 1 litro
- Glucosa 20 gramos
- Cloruro sódico, 3,5 gramos
- Cloruro potásico, 1,5 gramos
- Bicarbonato sódico, 2,5 gramos
- Esta fórmula esta comercializada en todos los países del mundo de forma estándar, en sobrecitos que hay que verter en una jarra con un litro de agua, agitar hasta su disolución y comenzar a beber inmediatamente, en pequeñas cantidades cada 1-2 horas. Pero a falta de esta posibilidad, existe el recurso de preparar una fórmula muy similar en casa, con lo siguiente:
- Agua, 1 litro
- Azúcar (para la glucosa), dos cucharadas soperas
- Sal (para el cloruro sódico), media cucharada de café



- Bicarbonato, media cucharada de café
- El zumo de un limón mediano (para el potasio)
- En casos menos graves se pueden consumir jugos de frutas u otras bebidas capaces de corregir la depleción de volumen, Ej. Bebidas carbonatadas descafeinadas, té y caldo con pan tostado.
- La ingesta nutricional se ve con frecuencia limitada, por tanto la dieta aporta de forma transitoria una cantidad suficiente de nutrientes en comparación con los Aportes Dietéticos Recomendados (ADR).
- Modificar la dieta para mayor comodidad del paciente.
- Cuando la diarrea ha comenzado a ceder y se ha restaurado el volumen de líquido se puede iniciar la alimentación, la progresión de una dieta blanda baja en grasa y fibra dietética hasta una normal se debe extender durante 2 o 3 días, según tolerancia.
- Las comidas frecuentes y poco copiosas se toleran mejor y contribuyen a una ingesta nutricional más adecuada, la leche y sus derivados se añaden con precaución en casos de diarrea infecciosa ya que puede haber lesionado la mucosa de intestino delgado y producirse una disminución transitoria de la actividad de la lactasa.

## **8.7 ALIMENTOS PROHIBIDOS EN LAS DIARREAS**

- Se evitará la fibra vegetal ya que aumenta el volumen intestinal y estimula el peristaltismo, es decir, la motilidad intestinal.
- Se suprimirán los guisos, fritos, embutidos y salados porque irritan la mucosa digestiva.
- Se evitarán las grasas por ser de digestión prolongada
- Se evitarán los estimulantes del reflejo gastrocólico y del peristaltismo: café, zumos de naranja azucarados.

## **8.8 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Los objetivos de este consisten en la curación del proceso inicial, la corrección de la deshidratación y los déficits hidroelectrolíticos, restablecer el balance ácido-básico y el control de las complicaciones secundarias a la lesión de la mucosa.

En las diarreas virales el tratamiento es de soporte y consiste en prevenir la deshidratación administrando líquidos y electrolitos.

Los antimicrobianos está indicado para: Shiguela, Vibrio Cholerae, Giardia Lambia y Entamoeba histolytica.

## **8.9 FASE DE REHIDRATACIÓN**

Su objetivo es corregir la deshidratación. Se realizará mediante la administración oral de una solución de rehidratación que será pautaada por el pediatra. Estas fórmulas contienen glucosa y los electrolitos necesarios que se pierden en las heces. Suelen ser bajas en sodio para no aportarlo en exceso, pero se debe consultar siempre pues la composición varía de unas a otras. Nunca utilizar para la rehidratación fórmulas caseras ni refrescos desventados, ni bebidas para deportistas, pues no aportan los nutrientes necesarios, y pueden aportar sal excesiva al niño que puede empeorar la deshidratación inicial. Normalmente la duración de la rehidratación depende del grado de deshidratación, pero suele durar entre 4 y 6 horas (siempre supervisada por el médico tratante), y se realizará en pequeñas tomas fraccionadas.

## **8.10 FASE DE REALIMENTACIÓN PRECOZ**

Se tiene que iniciar la alimentación lo más pronto posible, en cuanto el niño se haya deshidratado. Si el niño está tomando leche materna ha de seguir con ella. Si está tomando leche artificial deben diluirse inicialmente las tomas e ir aumentando progresivamente la concentración de los biberones a medida que mejoran las deposiciones. Como norma general no está indicada la utilización de una fórmula sin lactosa, a no ser que lo recomiende el pediatra. Los niños mayores deben seguir una dieta astringente durante unos días: eliminar los alimentos grasos, los cereales (excepto el arroz), y los productos con alto contenido en azúcares simples (zumos, refrescos o infusiones azucaradas).

## **8.11 CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LA DIARREA**

Las principales causas de diarrea en la infancia suelen ser infecciosas. La diarrea aguda puede estar producida por diferentes agentes infecciosos: tanto virus, como bacterias o parásitos.

## **8.12 DIAGNÓSTICO DE LA CAUSA DE LA DIARREA**

Según lo visto con anterioridad, clínicamente podemos deducir si el germen productor de la diarrea es un virus o una bacteria invasiva. Por ejemplo, fiebre alta y mal estado general indican que se trata de un germen invasivo, mientras que febrícula y síntomas respiratorios acompañantes indican que la causa puede ser vírica. También nos puede orientar para el diagnóstico el aspecto de las heces (estudio macroscópico). Por ejemplo unas heces con moco, sangre o pus nos indican que se trata de un germen invasivo, mientras que unas heces amarillentas y que irritan mucho al bebé significa que la causa es vírica.

De todas maneras la única forma de averiguar la causa real de la diarrea es la realización de un cultivo de una muestra de heces del niño (coprocultivo). Sin

embargo, dado que el tratamiento de la diarrea no varía, independientemente de la causa que la origine, no es imprescindible realizar el coprocultivo, a no ser que el pediatra lo estime oportuno.

### **8.13 VALORACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN DEL NIÑO**

Lo más importante ante una diarrea es que el niño no se deshidrate. La deshidratación es lo más grave, y nos debe preocupar de forma inmediata. Por esta razón el pediatra siempre ha de tener en cuenta lo siguiente:

#### **Peso:**

Es importante tener una referencia del peso del niño justo antes del inicio de la diarrea. Si esto no es posible porque hace tiempo que el niño no acude a la consulta, se tomará el peso en ese momento para poder observar si hay pérdida de peso en los días siguientes. Si hubiera una pérdida de peso grande en poco tiempo, indicaría deshidratación y el pediatra decidirá si es necesario enviar al niño a un centro hospitalario.

#### **Número y características de las deposiciones:**

Es un dato importante para saber la causa de la diarrea, y para valorar la gravedad de la misma.

#### **Turgencia de la piel:**

Cuando un niño está deshidratado su piel pierde turgencia y se muestra seca, llegando en grados extremos a aparecer el signo del pliegue (la piel se queda con la forma de un pliegue cuando la pellizcamos porque no vuelve a su posición inicial por falta de elasticidad).

#### **Fontanela:**

Si es un lactante se tendrá en cuenta si la fontanela tiene una tensión normal o si por el contrario está hundida (signo de deshidratación).

#### **Hidratación de las mucosas:**

Se observarán los labios, la mucosa de la boca, la presencia o no de saliva y si al llorar el niño tiene lágrimas o no, o si presenta hundimiento de los ojos.

#### **Afectación del estado general:**

Si el niño está decaído, obnubilado, etc. Presencia de otros síntomas acompañantes que pueden contribuir a mayor deshidratación: vómitos, fiebre.

#### **8.14 CONTRAINDICACIONES**

- Sustancias inhibidoras de la motilidad intestinal (Loperamida).
- Sustancias que alteran la secreción intestinal (Bismuto)
- Sustancias que favorecen la absorción de toxinas (pectinas, carbón activado).
- Agentes que alteran la microflora intestinal (lactobacilos).
- Los antibióticos solo se utilizarán en excepcionales ocasiones

Determinados gérmenes, niños mal nutridos o inmunodeficientes con riesgo de infección sanguínea. El uso indiscriminado de antibióticos en las diarreas favorece el estado de portador, es decir, que puede seguir contagiando y con episodios de diarrea periódicos durante mucho tiempo.

#### **8.15 PREVENCIÓN DE LAS DIARREAS**

La diarrea aguda es una enfermedad fácil de prevenir si se toman las medidas higiénicas, educativas y de salud pública adecuadas. En primer lugar se debe favorecer la lactancia materna, por ser mucho más higiénica y tener mayores ventajas de tipo inmunológico (mayor aporte de defensas al niño). En nuestros días las guarderías son los lugares donde existe mayor riesgo de contagio de enfermedades infecciosas. Al haber un contacto muy estrecho entre el personal y los niños, los gérmenes causantes de las diarreas se pueden transmitir tanto directamente (de niño a niño) como indirectamente por las manos del personal de la guardería. Por esta razón, hay que ser especialmente cuidadosos con el lavado de manos, sobre todo al cambiar pañales y antes de comer. También hay gérmenes, como el rotavirus y la G. Lamblia, que pueden sobrevivir en superficies duras, por lo que hay que limpiar las superficies ambientales, los juguetes y los objetos que los niños tocan y se llevan a la boca.

## **9. MARCO LEGAL**

- ✓ **Resolución 412, Guía de atención de la Enfermedad Diarreica Aguda, Ministerio de Salud.**
- ✓ **Ley 9 de 1979 (encargados Ministerio de la Protección Social y Secretaría de Salud y otros organismos.**

Salud ocupacional, saneamiento de edificaciones, vigilancia y control epidemiológico, atención a desastres, derechos y deberes relativos a la salud, alimentos, drogas, medicinas, cosméticos, entre otros, y se dictan disposiciones generales de vigilancia y control, por parte de las autoridades sanitarias, para asegurar una adecuada situación de higiene y seguridad a la población.

- ✓ **Decreto 1562 del 22 de junio de 1984**

Por el cual se reglamentan parcialmente los Títulos VII y XI de la Ley 9 de 1979, en cuanto a vigilancia y control epidemiológico y medidas de seguridad

- ✓ **Ley 715 de 2001 (encargados Ministerio de la Protección Social y Secretaría de Salud.**

Dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias, de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y dicta otras disposiciones, para organizar la prestación de los servicios de salud.

- ✓ **Ley 1122 de 2007 (encargado Ministerio de la Protección Social y Secretaría de Salud.**

Realiza ajustes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de mejorar la prestación de los servicios de salud a los usuarios. Plantea el fortalecimiento de los programas de salud pública y de las funciones de: inspección, vigilancia y control; así como la organización y funcionamiento de las redes para la prestación de servicios de salud.

- ✓ **Decreto 3518 de octubre 9 de 2006**

Del Ministerio de la Protección Social por el cual se crea y reglamenta el Sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.

## **10. METODOLOGÍA**

Este estudio es de tipo descriptivo, debido a que pretende describir un hecho, sin ser intervenido por el investigador, con el fin de estudiar ciertas variables, ver con qué frecuencia ocurre cierto fenómeno y lograr una conclusión al respecto.

### **10.1 TIPO DE TRABAJO**

Este tipo de trabajo es investigativo según el método de obtención de datos, el análisis de los resultados se realizó a través de la planilla Excel, donde se graficaron los resultados a través del análisis de contenidos.

Los resultados obtenidos a partir de la encuesta aplicada a la muestra de la población los Municipios de Consacá, Túquerres, (Nariño), Fusagasuga y Palmira (Valle) se describieron según los objetivos y así se obtuvo una conclusión al respecto.

En este proyecto se va a trabajar el tipo de estudio investigativo, puesto que se iniciara la identificación de las posibles causas frente a un problema de Salud Pública, como es la EDA, donde a partir de las descripciones y problemas generales que se han planteado en la literatura con respecto a esta temática, sin plantear inicialmente una hipótesis y cada vez que se recopilen los datos se abordará el problema de manera más específica y detallada, describiendo las características, variables y su comportamiento, es decir se empezará a trabajar de lo general a lo particular y a partir de este punto se hará un estudio descriptivo de cada una de las variables implícitas.

### **10.2 FORMA DE RECOLECCION DE DATOS**

El método de recolección de datos, fue mediante la aplicación de una encuesta que consiste en 14 preguntas, dirigidas a la Enfermedad Diarreica Aguda. Las variables fueron clasificadas según su naturaleza con las dimensiones que se desean conocer. Para tal caso fueron 80 personas encuestadas por cinco de las participantes del grupo colaborativo.

Este cuestionario se aplicó en el mes de Mayo del 2013, en los Municipios de Consacá, Túquerres, (Nariño), Fusagasuga y Palmira (Valle).

Es la investigación interpretativa quien es la que analiza los fenómenos sociales dentro de la concepción fenomenológica, es decir, en su medio natural, en el propio mundo en que se presenta, por lo que las teorías emergen de estos datos observados. No se formulan marcos teóricos e hipótesis previas, sus estructuras conceptuales deformarían la realidad social.

### 10.3 POBLACION Y MUESTRA

**Población:** La población estará conformada por las personas de diferentes géneros y edad de los diferentes zonas geográficas de los Municipios de Consacá, Túquerres, (Nariño), Fusagasuga y Palmira (Valle).

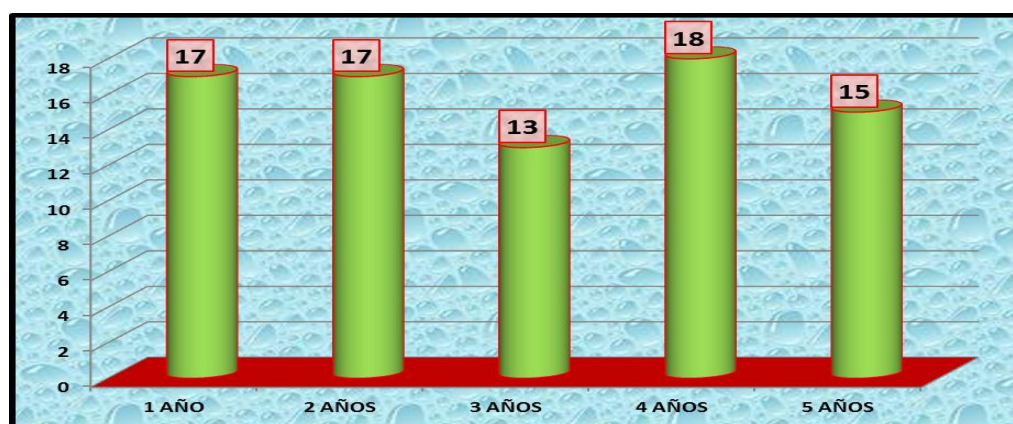
**Muestra:** La muestra representativa que tomaremos de manera aleatoria para el análisis de datos será de la información obtenida de todas las encuestas realizadas, aplicadas a 80 personas de las diferentes zonas geográficas de los Municipios de Consacá, Túquerres, (Nariño), Fusagasuga y Palmira (Valle).

## 11. RESULTADOS OBTENIDOS

Se presentan los datos obtenidos, mediante la aplicación de una encuesta simple, con un total de 14 preguntas dirigidas a 80 personas como muestra de los Municipios de Consacá, Túquerres, (Nariño), Fusagasuga y Palmira (Valle).

### 1. EDAD

EDAD	CANT.	PORCENTAJE
1 AÑO	17	21,3
2 AÑOS	17	21,3
3 AÑOS	13	16,3
4 AÑOS	18	22,5
5 AÑOS	15	18,8
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

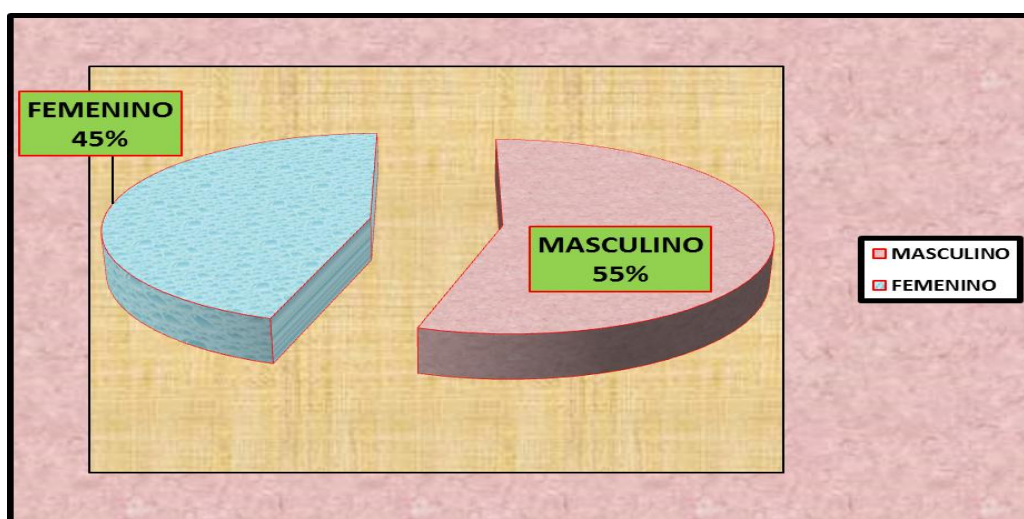


De acuerdo a los resultados obtenidos a la pregunta sobre la edad de los 80 encuestados, se encontró que esta población está entre las edades de 1 años hasta los 5 años, se encontró que la edad promedio correspondió a niños de 4 años con un porcentaje del 18%, seguidamente niños de 1 y 2 años con un porcentaje 17%, niños de 5 años con un porcentaje del 15% y finalmente niños de 3 años correspondiente a un 13%.



## 2. SEXO

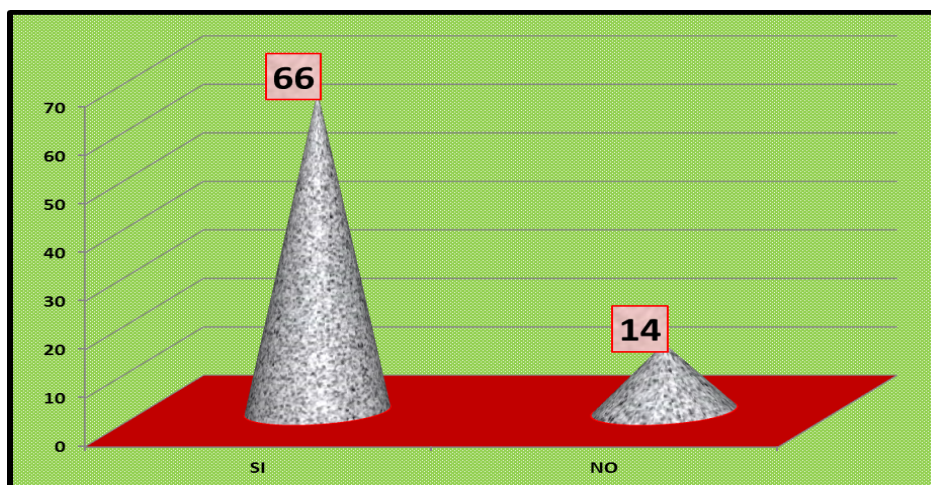
SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MASCULINO	4 4	55,%
FEMENINO	3 6	45,%



Respecto a la pregunta, sobre el género más representativo de las personas encuestadas, se encontró que en un porcentaje del 55% de los encuestados corresponden al género Masculino, frente a un 45% de encuestados, le corresponde al género Femenino.

### 3. HA PRESENTADO DIARREA?

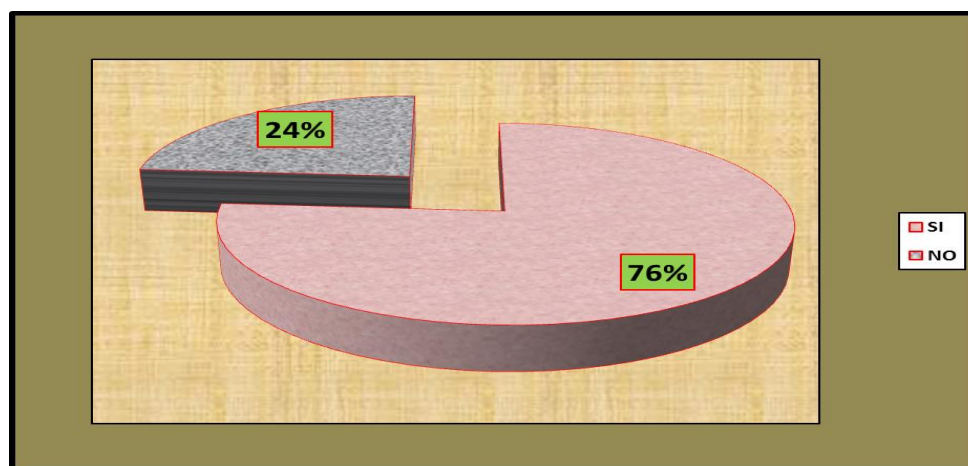
HA P. EDA	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	66	82,5 %
NO	14	17,5 %
TOTAL	80	100, %



Respecto a los encuestados los que han presentado enfermedad diarreica aguda se encontró que el 66% de los encuestas han padecido esta enfermedad y un 14% no.

#### 4. ¿CONSULTO AL MEDICO?

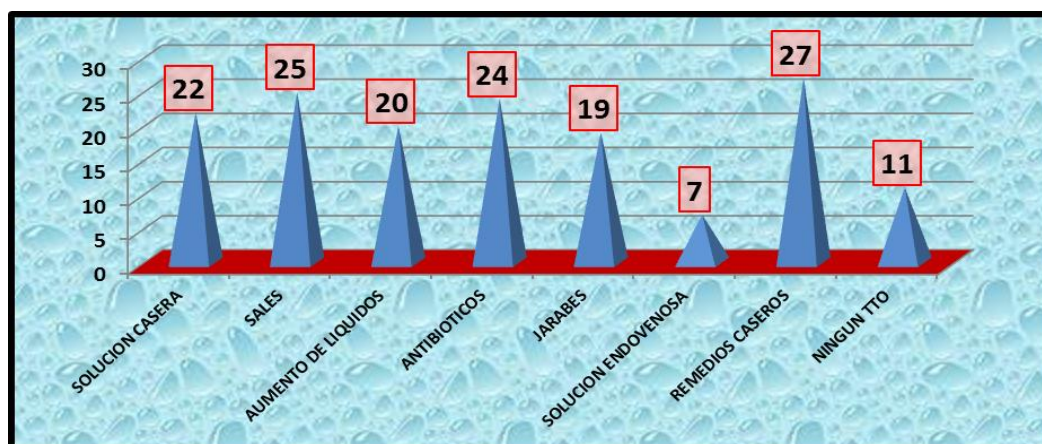
CONS.MEDICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	61	76,3 %
NO	19	23,8 %
TOTAL	80	100 %



A la pregunta si consulto al médico por esta patología el 76% que equivale a 61 de los encuestados si consulto al médico, mientras que un 24% equivalente a 19 encuestados no consulto.

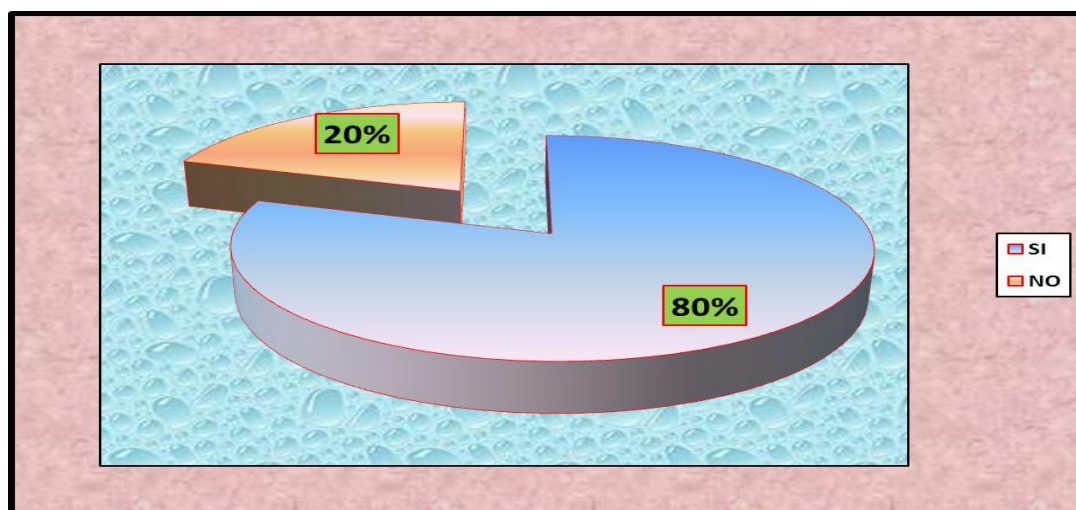
## 5. ¿UTILIZO TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL?

UTILIZO TERAPIA DE REHIDRATACION CASERA	CANTIDAD	PORCENTAJE
SOLUCION CASERA	22	27,5 %
SALES	25	31,25 %
AUMENTO DE LIQUIDOS	20	25,0%
ANTIBIOTICOS	24	30, %
JARABES	19	23,75 %
SOLUCION ENDOVENOSA	7	8,75 %
REMEDIOS CASEROS	27	33,75 %
NINGUN TTO	11	13,75 %



## 6. UTILIZA AGUA POTABLE PARA PREPARAR LOS ALIMENTOS?

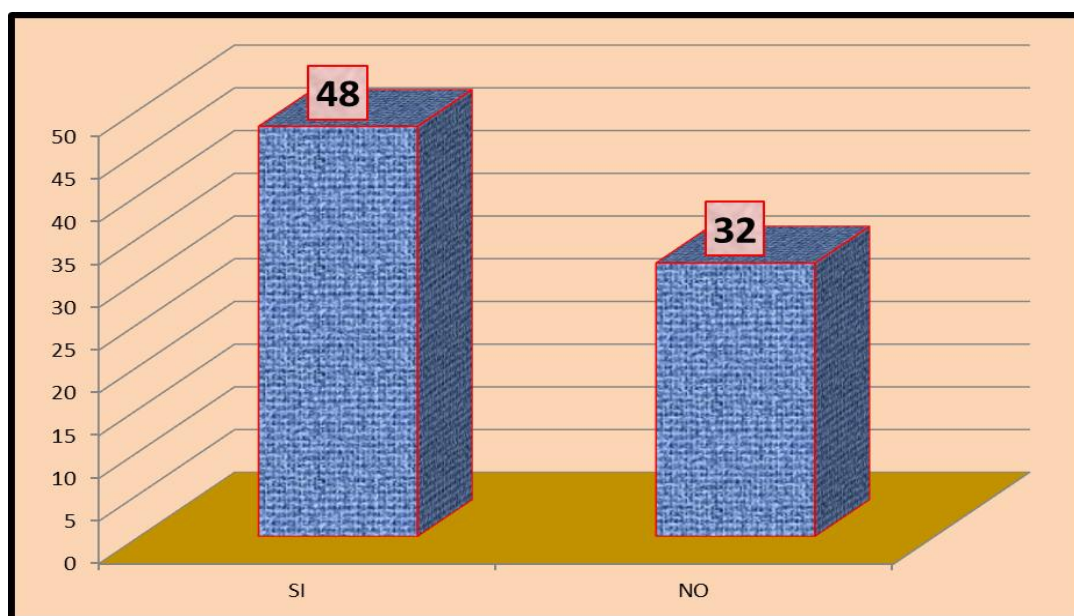
CONS.MEDICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	64	80,0 %
NO	16	20,0 %
TOTAL	80	100, %



Para la preparación de los alimentos un 80% de los encuestados cuentan con el suministro de agua potable y un 20% no tiene este servicio.

## 7. SE LAVA USTED LAS MANOS PARA PREPARAR LOS ALIMENTOS?

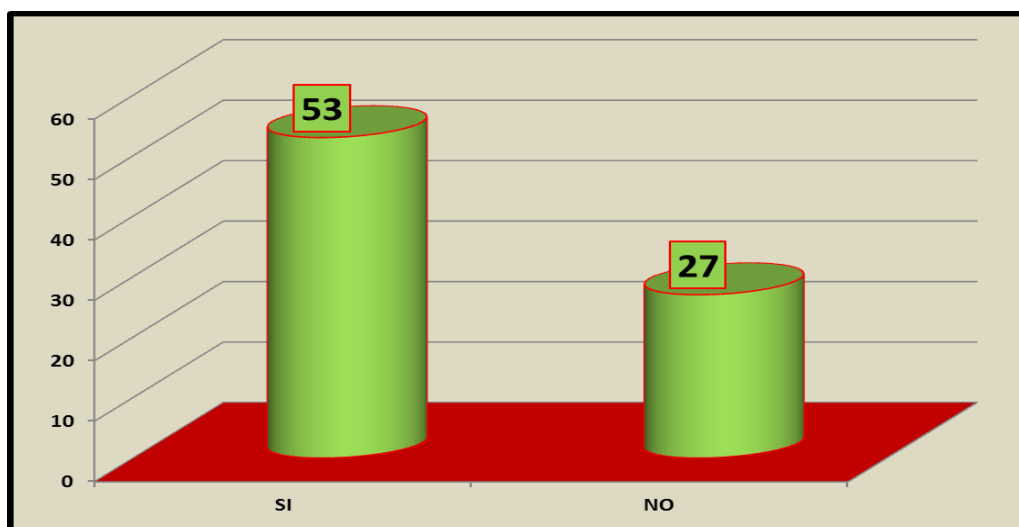
CONS.MEDICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	48	60, %
NO	32	40, %
TOTAL	80	100, %



De las 80 personas encuestadas 48 tiene como norma general de higiene el lavado de manos antes de manipular alimentos, mientras que 32 personas no lo realizan, siendo este último un factor de riesgo causante de EDA.

8. ¿LE LAVA LAS MANOS AL NIÑO ANTES DE COMER Y DESPUES DE IR AL BAÑO?

CONS.MEDICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	53	66,3%
NO	27	33,8%
TOTAL	80	100,0

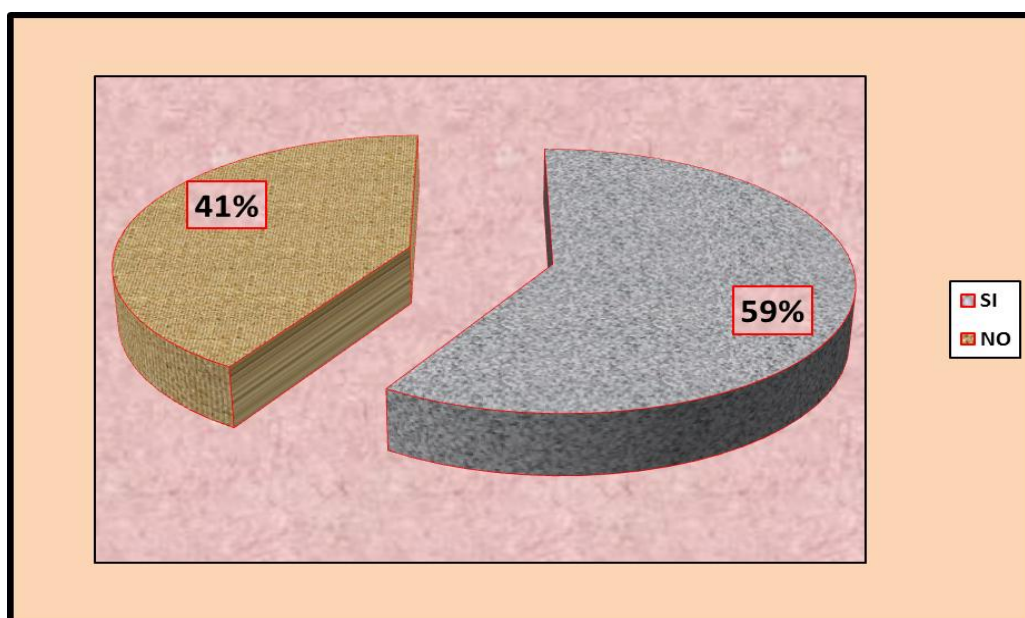


De las 80 madres encuestadas en los diferentes Municipio se puede Observar que 53 de ellas tienen buenas prácticas de higiene, mientras 27 no realizan estas prácticas, por lo que sus hijos están más expuestos a EDA con mucha frecuencia.



## 9. LE DA AL NIÑO FRUTAS Y VERDURAS?

CONS.MEDICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	47	58,8 %
NO	33	41,3 %
TOTAL	80	100, %

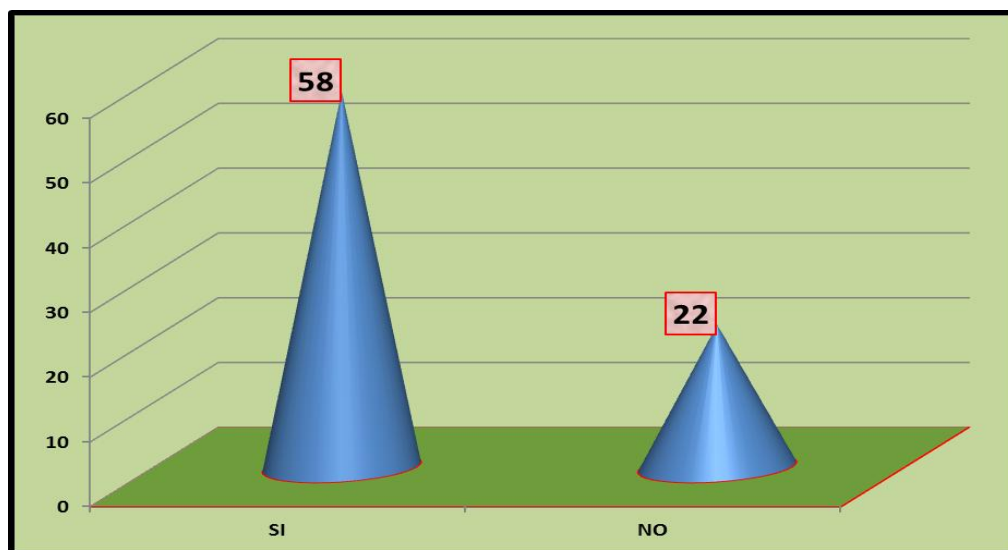


Respecto a los buenos hábitos alimenticios que un 59% de las madres encuestadas le incluye en la dieta diaria a sus hijos el consumo de frutas y verduras, mientras que un 41% no consumen estos alimentos ricos en vitaminas y minerales que contribuyen a conservar una buena salud.



# **10. LAVA LAS FRUTAS Y VERDURAS ANTES DE QUE EL NIÑO LAS CONSUMA**

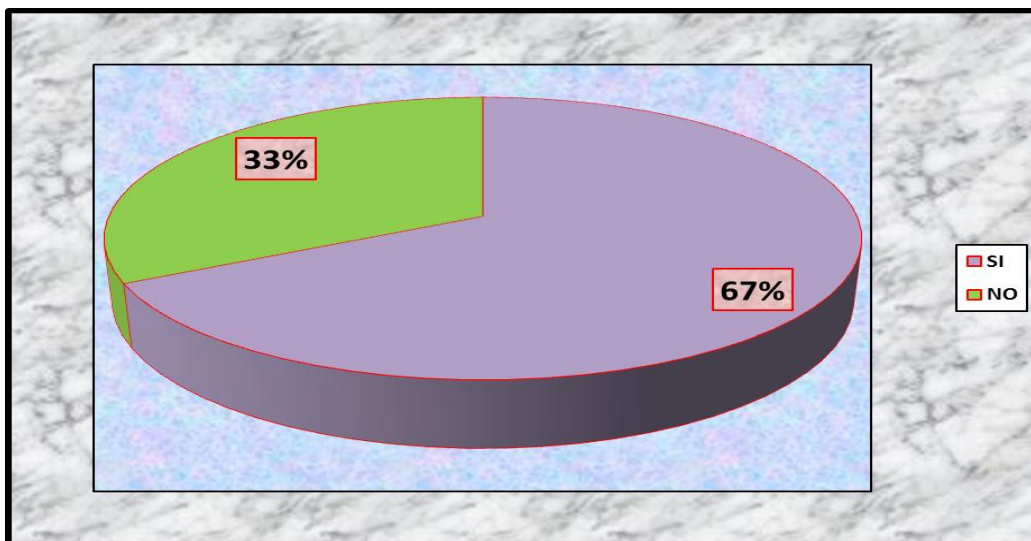
CONS.MEDICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	58	72,5 %
NO	22	27,5 %
TOTAL	80	100,0 %



Respecto al lavado de frutas y verduras antes de que los niños las consuman según la encuesta realizada 58 madres realizan esta práctica importante para eliminar agentes contaminantes, mientras que 22 madres no lo realizan.

**11. ¿SABE QUE ES LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA?**

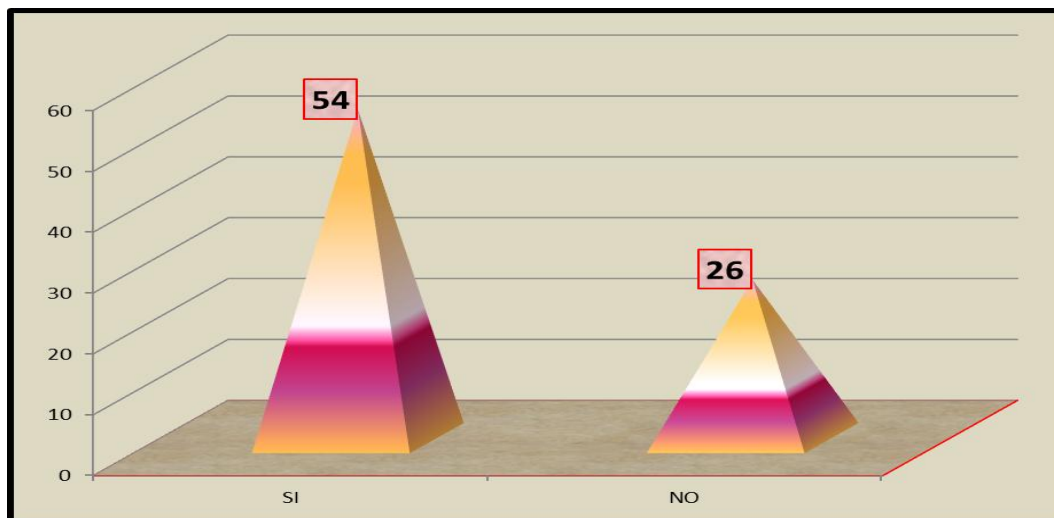
CONS.MEDICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	54	67,5%
NO	26	32,5 %
TOTAL	80	100,0 %



Se observa que el 67,5 % de las madres tienen algún conocimiento sobre que es la EDA, mientras que el 33,5% desconocen que es la enfermedad.

## 12. CONOCE LOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA?

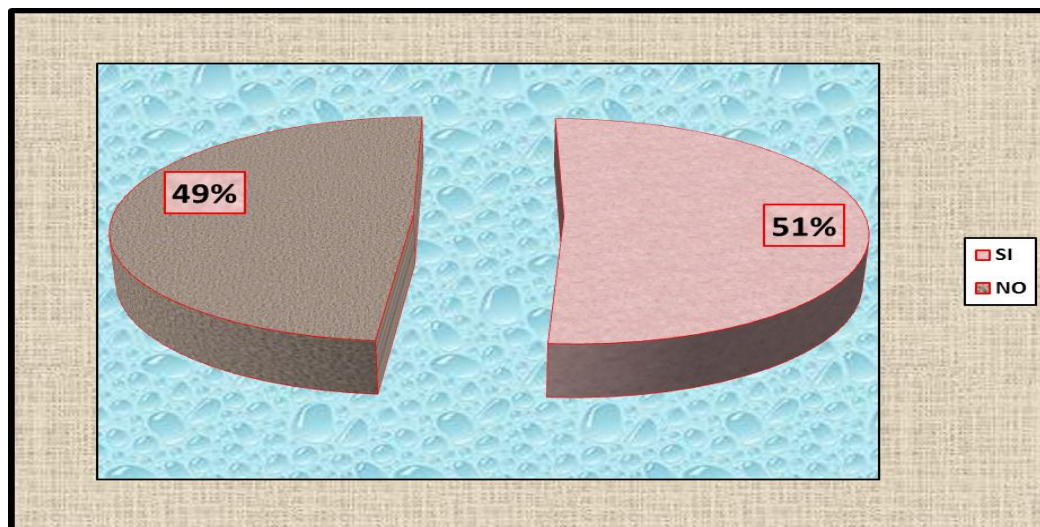
CONS.MEDICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	54	67,5 %
NO	26	32,5 %
TOTAL	80	100,0 %



Respecto al conocimiento de las madres sobre los síntomas de la EDA se puede observar que la mayoría equivalente a 54 personas de las 80 encuestadas, SI conocen que síntomas presenta esta patología, mientras que 26 de ellas no lo saben.

**13. SABE USTED QUE UNA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA QUE NO ES ATENDIDA A TIEMPO PUEDE PRODUCIR LA MUERTE.**

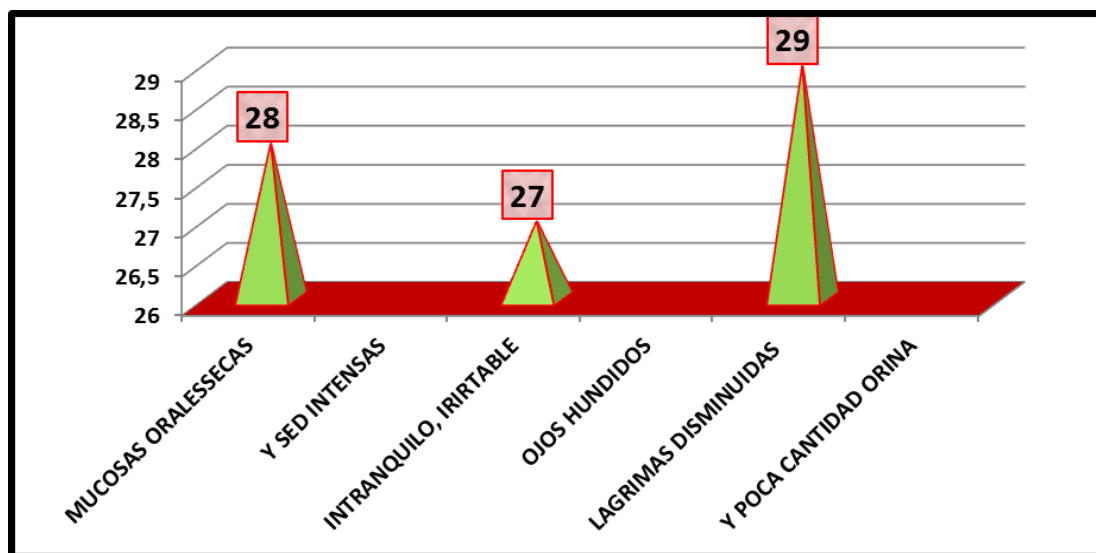
CONS.MEDICO	CANTIDAD	PORCENTAJE
SI	41	51,3 %
NO	39	48,8 %
TOTAL	80	100, %



De las 80 madres encuestadas el 51% de ellas saben que una EDA que no sea atendida oportunamente puede traer consecuencias fatales, mientras el 49% lo desconocen.

14. CON CUÁL DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS RECONOCE USTED EL ESTADO DE DESHIDRATACIÓN EN SU HIJO?

SINTOMAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
MUCOSAS ORALES SECAS Y SED INTENSAS	28	35,0 %
INTRANQUILO, IRRTABLE OJOS HUNDIDOS	27	33,8 %
LAGRIMAS DISMINUIDAS Y POCA CANTIDAD ORINA	29	36,3 %



## 12. INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Según un informe del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), **la diarrea sigue siendo la segunda causa más frecuente de muerte por infecciones a nivel mundial en niños menores de 5 años, y cada año causa la muerte de alrededor de un millón y medio de niños. Además, es responsable de unas 200.000 hospitalizaciones y de un millón y medio de visitas en consultorios externos.**

Esta encuesta se aplica a 80 mamás de niños menores de cinco años de los diferentes municipios a los cuales pertenecemos el grupo colaborativo, las cuales al preguntarles si sus hijos han padecido de diarrea un 82,5 % respondieron que si y solo un 17,5 % respondieron que no, aunque un 76 % de ellas han acudido al médico y otras utilizaron terapias de rehidratación oral.

Según las encuestas realizadas el 80% de las mamás utilizan agua potable, 60% se lavan las manos para preparar los alimentos, el 66,3% utilizan hábitos de aseo como lavarles las manos a los niños antes de comer y después de ir al baño, un 59% les dan a los niños frutas y verduras y un 72,5% las lavan antes de que las consuman, el resto de las mamás exponen a sus hijos a enfermedades diarreicas que son una de las causas principales de mortalidad y morbilidad en la niñez en el mundo entero y que por lo general son consecuencia de la exposición a alimentos o agua contaminados.

Vemos también como lo dicen las graficas que de las 80 mamás encuestadas solo el 67% sabe que es la enfermedad diarreica aguda, conoce los síntomas, reconoce cuando su hijo esta deshidratado y están enteradas que esta enfermedad si no se trata a tiempo puede ocasionar la muerte.

Debemos tener presente que las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente. Los alimentos elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas son otra causa principal de diarrea y que los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales.

## **CONCLUSIONES**

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) establece una de las consultas más frecuentes en los servicios de consulta externa, urgencias y consultorios médicos generales y pediatras.

La Organización Mundial de la Salud OMS y de la Organización Panamericana de la Salud OPS, propone planes y programas para la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) como la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y la Infección respiratoria Aguda (IRA).

Muchos de los cuadros diarreicos se prolongan porque no se acude a los centros de salud y se auto formulan múltiples medicamentos como, antibióticos, antiamibianos, antihelmínticos, anti diarreicos, antieméticos, y no se sigue el protocolo dirigido y orientado por un profesional de la salud.

Se ha elaborado el Estudio y Análisis sobre la EDA en niños menores de 5 años, en el municipio de Pasto, Tuquerres, Consacá, Palmira y Fusagasugá.

A través de este estudio se pudo establecer cuáles son las causas más frecuentes por las cuales los niños menores de 5 años son víctimas de padecer la Enfermedad Diarreica Aguda.

Al conocer el grado de conocimiento de los factores de riesgo de las personas encuestadas en cuanto a la EDA, se notó cierta despreocupación pues la mayoría de las madres encuestadas aún desconocen la gravedad y consecuencias que sus hijos pueden llegar a padecer si llegar a sufrir de EDA.

La labor de la concientización a la población con respecto a la EDA queda en manos del profesional de la salud, pero también en el regente pues debe trabajar con una ética que le permita saber sus alcances y límites cuando aconseje a las madres de los niños cuando están viéndose afectados por un cuadro de EDA.

Debemos poner en marcha programas de educación sanitaria tendientes a educar a la población sobre el riesgo individual y social que implica el no saber qué hacer en el momento que sus hijos tengan EDA, concientizar a los farmacéuticos para que adopten una actitud firme de no dispensar ni recomendar medicamentos sin la prescripción médica y a los médicos instruir a los pacientes sobre las consecuencias de no usar los medicamentos adecuados

## RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos, se considera oportuno recomendar lo siguiente:

1. Hacer un mayor esfuerzo en nuestro desempeño profesional, para realizar una adecuada promoción de salud encaminada a modificar estilos de vida saludable y prevenir la aparición de la EDA, Hacer extensiva la realización de esta investigación a toda el área de salud.
2. Las madres de los niños menores de 5 años deben estar informadas y educadas en cuanto que deben hacer si sus hijos padecen un cuadro de EDA.
3. Se debería hacer énfasis en el cumplimiento de la Ley General de Salud a fin de que en las farmacias exista un mayor rigor para la venta de medicamentos.
4. Se recomienda a las instituciones prestadoras de salud de cada municipio, hacer énfasis en el uso y buen manejo de las sales de rehidratación oral, en el momento necesario y que siempre debe ser formulada por el médico con el fin de observar en el grado de deshidratación en que se encuentra el menor.
5. Evitar la automedicación y aplicar la prescripción médica por parte de un profesional para evitar complicaciones mayores en los menores.
6. Recomendamos que el personal capacitado en este tema brinde una charla educativa a la población en general, con toda la información necesaria sobre el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, los síntomas y la manera como deber ser atendido.
7. Recomendamos a la población en general, tomar las precauciones necesarias y de forma adecuada en el área de saneamiento ambiental, con el fin de prevenir la enfermedad diarreica aguda en la población infantil.
8. Se recomienda a la población adoptar las prácticas de higiene necesarias en el hogar para la prevención de la enfermedad diarreica aguda y el uso de agua potable para evitar complicaciones mayores.



## **BIBLIOGRAFIA**

Cómo prevenir y tratar la diarrea en niños

Disponible en la siguiente página web:

<http://www.docsalud.com/articulo/3322/c%C3%B3mo-prevenir-y-tratar-la-diarrea-en-ni%C3%B1os>

Diarrea aguda

Disponible en la siguiente página web:

[http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2-diarrea\\_aguda.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2-diarrea_aguda.pdf)

Enfermedades Diarreicas. Disponible en la siguiente página web:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>

Lineamientos Nacionales para la aplicación y el Desarrollo de las estrategias de Entornos saludables, Escuela saludable y Vivienda saludable, OMS, Ministerio de Protección Social.

Disponible en la siguiente página web:

<http://www.col.ops-oms.org/publicaciones/lineamientos.pdf>

# ANEXOS

**1. ENCUESTA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS ACERCA DE LA  
"ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS"  
UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA  
REGENCIA DE FARMACIA**

**ENCUESTA APLICADA A:** .....

**OBJETIVO:** Recolectar información acerca de la enfermedad diarreica aguda, analizar los datos obtenidos y determinar algunas acciones de salud pública.

**INSTRUCTIVO:** Marque con una x la respuesta que considere correcta

1. EN LAS SIGUIENTES CASILLAS, SELECCIONE SU EDAD (EN AÑOS).

EDAD  SEXO

2. SU HIJO (A) HA PRESENTADO DIARREA?

SI  NO

3. COMO HA SIDO TRATADA?

LO LLEVO AL MEDICO? SI  NO

4. UTILIZO TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL?

SOLUCION CASERA

SALES DE RO /PEDIALITE

AUMENTO DE LIQUIDOS EN GENERAL

OTROS TRATAMIENTOS?

ANTIBIOTICOS

JARABE PARA LA DIARREA

SOLUCION ENDOVENOSA

REMEDIOS CASEROS

NINGUN TRATAMIENTO

5. UTILIZA AGUA POTABLE PARA PREPARAR LOS ALIMENTOS?

SI

NO

6. SE LAVA USTED LAS MANOS PARA PREPARAR LOS ALIMENTOS?

SI

NO

AVECES

7. LE LAVA LAS MANOS AL NIÑO ANTES DE COMER Y DESPUES DE IR AL BAÑO?

SI

NO

9. LE DA AL NIÑO FRUTAS Y VERDURAS?

SI

NO

10. LAVA LAS FRUTAS Y VERDURAS ANTES DE QUE EL NIÑO LAS CONSUMA?

SI

NO

11. ¿SABE USTED QUE ES LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA?

SI

NO

12. CONOCE LOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.

SI

NO

13. SABE USTED QUE UNA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA QUE NO ES ATENDIDA A TIEMPO PUEDE PRODUCIR LA MUERTE.

SI

NO

14. CON CUÁL DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS RECONOCE USTED EL ESTADO DE DESHIDRATACIÓN EN SU HIJO.

MUCOSAS ORALES SECAS Y SED INTENSAS  
INTRANQUILO, IRRITABLE, OJOS HUNDIDOS  
LAGRIMAS DISMINUIDAS, Y POCA CANTIDAD DE ORINA

## **2. RESUMEN PLAN TERRITORIAL MUNICIPIOS**

### **CONSACÁ**

#### **MISIÓN**

El Municipio de Consacá presta los servicios de su competencia, construye las obras necesarias para su progreso, ordena el desarrollo de su territorio, promueve la participación de la comunidad y su mejoramiento económico, social y cultural, enmarcado en el respeto y conservación del medio ambiente y el fortalecimiento de la calidad de vida de sus habitantes.

#### **VISION**

El Municipio de Consacá será una entidad territorial modelo, en donde la participación ciudadana sea el eje principal para su desarrollo social, económico y cultural, priorizando la construcción de las obras que demande su progreso y, la prestación de los servicios públicos a sus habitantes, en donde los servidores públicos municipales se destaquen por sus principios y valores en el cumplimiento de sus deberes y en la atención oportuna a la comunidad.

#### **CARACTERISTICAS GENERALES**

Consacá es denominado Rincón Histórico de Colombia por sus lugares Históricos y Turísticos como lo son: La piedra de bolívar, La casa cuartel de Bolívar, El cuartel de sangre, El puente Alfonso López Pumarejo. El municipio de Consacá está localizado al occidente de la capital del departamento de Nariño, tiene una extensión aproximada de 96 kilómetros cuadrados que enmarcan un territorio que desciende desde las faldas del Volcán Galeras hasta el Cañón del río Guitara.

Dista de la capital del departamento de Nariño 54 Km, de los cuales 42 se encuentran pavimentadas y el resto por carretera destapada en regular estado. Políticamente y de acuerdo a la información histórica, se encuentra dividido en dos corregimientos y 32 veredas, cada una con su respectiva junta de acción comunal, una de las características principales de todo pueblo comercial es el trabajo, del cual depende el progreso colectivo y el sustento de la familia.

Los habitantes del municipio de Consacá en su mayoría viven de las actividades agrícolas. Una pequeña parte de dedican a la alfarería, centrando este oficio en las veredas de Veracruz y el Campamento por la facilidad para encontrar la arcilla, materia prima para la elaboración de adobe y tejas que son llevadas a Pasto, Yacuanquer y Guitarrilla.

Las personas que carecen de parcela, desempeñan las labores de jornaleros y de obreros en las distintas haciendas. Debemos destacar además las labores como la ganadería y el desempeño de puestos públicos dentro del municipio.

Somos un pueblo orgulloso de lo nuestro, capaz de ofrecer un espacio de concertación entre los sectores público, privado y sociedad civil. Contamos con la experiencia, el empuje de nuestra gente y el amor hacia el trabajo, que genera individual y colectivamente oportunidades de participación, en la toma de decisiones y en la búsqueda de soluciones que contribuyan al desarrollo de nuestro municipio. Esta visión, desde la concepción del desarrollo humano sostenible considera: que para construirse a sí mismo se debe apoyar en el otro y en la región y el municipio; un ser que posee las capacidades para aprovechar y transformar, a partir de su comprensión frente a los entornos natural, social, económico, cultural y político.

La secretaría de desarrollo social en su misión de promover, ejecutar, vigilar y controlar políticas sociales que permitan un desarrollo verdadero del sector basados en los lineamientos del plan territorial de salud como guía para dirigir la salud de nuestro municipio, busca proponer estrategias efectivas para ofrecer al Consaqueño la oportunidad de desarrollarse en un ambiente sano en las tres esferas de desarrollo humano como son el aspecto físico, mental y social.

La participación comunitaria es la esencia del desarrollo organizacional de una comunidad, la interacción con la comunidad nos permite conocer de cerca la problemática en forma real, Sobre este razonamiento, la administración adopta el principio de la equidad y participación para orientar la formulación de políticas y la implementación de las estrategias en el campo de la salud, y la situación actual de nuestro municipio, lo que conduce a la toma de decisiones muy precisas en los temas sociales y de salud que se enfoquen hacia el logro de resultados de calidad y de cobertura, promoción y prevención, así como la articulación de todos los actores de la educación, la cultura, la recreación y el deporte contribuyendo a un aumento en la calidad de vida y frente a los grupos de la población más vulnerada en sus derechos y por qué no orientando los programas de solidaridad como un deber de interés público.

Lo que se quiere es permitir espacios de promoción de hábitos saludables de vida, en el afán de tener población más saludable, y hacer frente a las problemáticas crecientes en salud sexual, reproductiva, mental sin dejar de lado la parte recreativa, deportiva y cultural.

La manipulación de alimentos, el control de enfermedades en animales y el tratamiento del agua debe estar articulada de manera concreta con la política de salud en el ánimo de formular campañas de promoción y prevención dirigidas a población infantil, juvenil, mujeres y adultos mayores y comunidad en general.

- El Plan territorial de salud está enmarcado por seis ejes programáticos:
- Eje programático de Aseguramiento
- Eje programático de prestación y desarrollo de servicios de salud
- Eje programático de Salud Pública
- Eje Programático promoción social
- Eje Programático de prevención, Vigilancia y control de riesgos profesionales
- Eje Programático de Emergencias y Desastres

## **SALUD PÚBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE NARIÑO**

Nariño en su trabajo a favor de la infancia, durante el último quinquenio muestra un patrón similar en la mortalidad en los niños y niñas menores de cinco años siendo las enfermedades del período perinatal, las malformaciones congénitas, y las infecciones respiratorias agudas los eventos que más generan mortalidad. Sin embargo se ha logrado avances importantes tales como la reducción en la tasa de mortalidad por neumonía que pasó de 109.28 x 100.000 en 2006 a 13.46 en el 2011 o la reducción de la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años que es de 3,66 x 100.000 en el 2011.

Esto gracias a la implementación de estrategias que favorecen la salud de la Infancia como AIEPI, IAMI, la introducción de vacunas contra haemophilus influenza, rotavirus y neumococo en el esquema de menores de 1 año, el mantenimiento de coberturas éticas a través de los Monitoreos rápidos, el incremento de coberturas de afiliación al sistema, la implementación de proyectos en poblaciones con altas vulnerabilidades como los AWA y afros, con apoyo de UNICEF y OPS y el mejoramiento de la calidad de prestación de servicios en salud, se consideran factores determinantes para alcanzar este logro.

Sin embargo el reto principal se mantiene en la reducción de la tasa de mortalidad infantil la cual supera a la del país en casi el doble (40,56 x 1.000 nacidos Vivos en Nariño Vs. 20,13 x 1.000 en el país) y para lo cual se requiere fortalecer el trabajo en las estrategias mencionadas con énfasis en las subregiones más afectadas por este problema como son las de la costa pacífica y el piedemonte costero, y generando estrategias que permitan acceso a zonas donde el conflicto armado es una barrera para el trabajo en salud.

## **SITUACION EN SALUD**

La situación de salud del municipio debe enfocarse desde toda perspectiva para tener una noción de cuál es el estado real en salud en nuestro municipio, por tal razón, resulta importante analizar la red de servicios con la que se cuenta para la prestación de servicios en salud, el personal profesional con relación al total de la población, el aseguramiento, la salud pública, las causas de Morbimortalidad más frecuentes en nuestro contexto., de igual manera los recursos destinados para

salud deben ser analizados como base para el desarrollo de los diferentes programas y proyectos como:

- Ejecutar desde la dirección local de salud programas de promoción y prevención en salud de una forma eficaz dirigida a los sectores más vulnerables.
- Promover convenios con la ESE y con las diferentes entidades del gobierno para que con participación del municipio se buque la ampliación física hospitalaria y la implementación de nuevos servicios dentro de las competencias que la ESE tiene y la modernización de equipos para lograr un mejor servicio.
- Ampliar el servicio en el sector rural, en los centros de salud de HATILLO, GUABO, RUMIPAMBA, BOMBONA Y CARIACO ALTO, ampliando su infraestructura y los casos que sea necesario el mantenimiento de la misma.
- Buscar e implementar estrategias que ayuden en la consecución de un mejor servicio y una mayor cobertura.

## **SALUD PÚBLICA**

Consacá es un municipio que presenta una gran problemática en todo lo relacionado con salud pública como resultante de múltiples determinantes, tales como los; culturales, ambientales, sociales y económicos aspectos que influyen el desarrollo social e individual de las personas y por ende de toda una comunidad. Los problemas que se presentan en cuanto a la salud pública son el alcoholismo, la drogadicción, que conllevan a múltiples enfermedades como el VIH, siendo fiel reflejo de los malos hábitos en salud y comportamiento causa de ello se puede dar por la desarticulación en el trabajo para la comunidad, y la programación de eventos que no generan procesos de formación en los estilos de vida de las personas.

## **SALUD INFANTIL**

Teniendo en cuenta que el municipio tiene problemas con la población PAI asignada por DANE nacional por la continua población flotante uno de los mayores inconvenientes por esta causa es el incumplimiento con las metas establecidas por el Ministerio de la Protección Social, ya que estas se establecen teniendo en cuenta el censo DANE para su cumplimiento y la población real que se canaliza es la focalizada por censo canalización.

Entre otros de los problemas más marcados en la población infantil, es el bajo peso para la edad en la población menor de 5 años, lo que implica un alto riesgo de incrementar los índices de desnutrición, el alto índice de Eda en niños menores de 5 años lo anterior se presenta como consecuencia de los malos hábitos alimenticios los cuales se refuerzan por las costumbres y los aprendizajes



sociales, y el desconocimiento en el valor nutritivo de los alimentos como también en su forma de consumo y preparación.

## **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Consacá es un municipio con un gran número de problemas en salud sexual y reproductiva en los que se destaca un porcentaje de 15.1% de embarazos en adolescentes, al igual la aparición de nuevos casos de VIH SIDA en jóvenes desde los 18 años de edad. Atribuyendo este incremento a la poca promoción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población pre adolescente, adolescente y adultos jóvenes con especial énfasis en la reducción de factores de vulnerabilidad y de los comportamientos de riesgo escasa promoción de los servicios de planificación familiar por medio de actividades de educación, información y comunicación desde la entidad prestadora de servicios de salud.

Otra de las preocupaciones es la presencia cada vez más marcada de enfermedades de transmisión sexual que desencadena la gran problemática en la aparición de muchas enfermedades de interés en salud pública, que puede ser establecida a un sinnúmero de factores de riesgo como la actividad sexual a temprana edad, el incremento de bares y lugares de prostitución al igual que la falta de control y seguimiento a los mismos por parte de saneamiento ambiental, afectando la estabilidad física, emocional y familiar de los individuos.

### 3. RESUMEN PLAN TERRITORIAL MUNICIPIO DE PALMIRA

#### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Este análisis de las causas de enfermar y morir de la población de Palmira y la asociación a factores de riesgo, nos permite priorizar los problemas a intervenir teniendo en cuenta su causalidad, desde la perspectiva epidemiológica morbilidad y mortalidad.

#### VEINTE PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA MÉDICA GENERAL EN PALMIRA, AÑO 2011

No.	cie	nom_dx	total	%	Tasa * 100.000 Hb
1	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	30008	5,4%	10117
2	Z00	EXAMEN GENERAL E INVESTIGACION DE PERSONAS SIN QUEJAS O SIN DIAGNOSTICO INFO	30216	5,4%	10187
3	R10	DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO	18536	3,3%	6249
4	K02	CARIES DENTAL	15664	2,8%	5281
5	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	14036	2,5%	4732
6	J00	RINOFARINGITIS AGUDA	13668	2,4%	4608
7	M54	DORSALGIA	12948	2,3%	4365
8	E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	12288	2,2%	4143
9	Z34	SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL	6552	1,2%	2209
10	R50	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO	10412	1,9%	3510
11	E66	OBESIDAD	10208	1,8%	3441
12	E78	TRASTORNOS DEL METABOLISMO DE LAS LIPOPROTEINAS Y OTRAS LIPIDEMIAS	9568	1,7%	3226
13	B34	INFECCION VIRAL DE SITIO NO ESPECIFICADO	9212	1,6%	3106
14	K29	GASTRITIS Y DUODENITIS	8468	1,5%	2855
15	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	8336	1,5%	2810
16	J02	FARINGITIS AGUDA	7968	1,4%	2686
17	Z30	ATENCION PARA LA ANTICONCEPCION	5470	1,0%	1844
18	R51	CEFALEA	6872	1,2%	2317
19	Z71	PERSONA EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD POR OTRAS CONSULTAS Y CONS	6472	1,2%	2182
20	H52	TRASTORNOS DE LA ACOMODACION Y DE LA REFRACCION	6184	1,1%	2085
SUB-TOTAL			243086	43,5%	81952
RESTO			315659	56,5%	106418
TOTAL			558745	100,0%	188370

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicio – RIPS\_2011

En esta tabla se observa los principales motivos de consulta por los cuales los habitantes del municipio de Palmira, de todos los regímenes de afiliación, acuden a la consulta externa.

## VEINTE PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN PALMIRA, AÑO 2011

SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD				
20 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD				
VALLE DEL CAUCA PARCIAL AÑO 2011 PALMIRA				
TOTAL GENERAL				
No. De Orden		DESCRIPCION		%
1	X95	AGRESION CON DISPARO DE OTRAS ARMAS FUEGO Y LAS NO ESPECIFICADAS	204	13,3
2	I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	179	11,7
3	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	53	3,5
4	J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	45	2,9
5	J44	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	45	2,9
6	I67	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	35	2,3
7	C34	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	31	2,0
8	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	29	1,9
9	C61	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	25	1,6
10	I50	INSUFICIENCIA CARDIACA	25	1,6
11	C50	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	24	1,6
12	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	23	1,5
13	C18	TUMOR MALIGNO DEL COLON	21	1,4
14	I61	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA	20	1,3
15	I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	20	1,3
16	I69	SECUELAS DE ENFERMEDADES CEREBROVASCULAR	19	1,2
17	K92	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	19	1,2
18	R99	OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS Y LAS NO ESPECIFICADAS DE MORTALIDAD	18	1,2
19	I11	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	18	1,2
20	K74	FIBROSIS Y CIRROSIS DEL HIGADO	15	1,0
		Subtotal	868	56,5
		Resto	667	43,5
		Total	1535	100,0

Fuente: Certificado de defuncion - DANE

*Fuente: Sistema Integrado de Información en Salud, Secretaría de Salud Municipal de Palmira*

Analizar la mortalidad sin distinción de sexo y/o edad con lo que se obtiene un panorama general de la causalidad en el municipio. Se observa en la tabla que la primera causa de muerte son las agresiones con disparo de otras armas de fuego denotando los altos índices de violencia en el Municipio.

Tenemos en segundo lugar la enfermedad cardiovascular con el IAM con un peso general del 11.7% afectando tanto a hombres como a mujeres.

**PRIORIDADES Y METAS MUNICIPALES DE SALUD EN EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL 2012 -2015**

<b>OBJETIVO NACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>Meta municipal esperada al 2015</b>	<b>Tipo de Resultado</b>	<b>Predomina en</b>
<b>Objetivo 1. Mejorar la salud infantil</b>	Total de niños menores de 1 año fallecidos X 1.000 / Total de niños nacidos vivos	Mortalidad menores de 1 año: 7,5 por 1.000 nacidos vivos	Impacto	Plan Individual
	Total de niños menores de 5 años fallecidos X 100.000 / Total de niños menores de 5 años	Mortalidad menores de 5 años: 17 por 100.000	Impacto	Plan Individual
	No. de niños vacunados con Antipolio X 100 / Total de niños a vacunar con Antipolio No. de niños vacunados con DPT X 100 / Total de niños a vacunar con DPT No. de niños vacunados con Triple Viral X 100 / Total de niños a vacunar con Triple Viral	Antipolio y DPT 95% - en menores de 1 año, Triple Viral 95% en niños de 1 año	Proceso	Plan Individual
	<b>Objetivo 2. Salud sexual y salud reproductiva</b>	No. de muertes maternas X 100.000 / Nacidos vivos	Impacto	Plan Individual

OBJETIVO NACIONAL	INDICADOR	Meta municipal esperada al 2015	Tipo de Resultado	Predominancia en
	No. promedio de hijos por mujer con edad entre los 15 y los 49 años.	Fecundidad global 15 a 49 años: 1,4 hijos por mujer al terminar el periodo reproductivo	Impacto	Plan Individual
	No. de mujeres fallecidas por cáncer de cuello uterino X 100.000 / Total de mujeres mayores de 15 años	Mortalidad cáncer de cuello uterino: 5 por 100.000 mujeres	Impacto	Plan Individual
	No. de personas de 15 a 49 años VIH positivas X 100 / Total de personas de 15 a 49 años	Prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años: 0,23%	Impacto	Plan Individual
	No. de personas VIH positivas con terapia antiretroviral X 100 / Total de personas VIH positivas	Cobertura universal de terapia antiretroviral para VIH positivos.	Proceso	Plan individual
<b>Objetivo 3. la</b> <b>Mejorar salud oral</b>	No. promedio de piezas cariadas, opturadas o pérdidas en niños de 12 años.	Índice de piezas cariadas, opturadas y perdidas promedio a los 12 años de edad menor de 2,3	Impacto	Plan Individual
	No. promedio de dientes permanentes en personas mayores de 18 años.	Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años.	Impacto	Plan Individual

<b>OBJETIVO NACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>Meta municipal esperada al 2015</b>	<b>Tipo de Resultado</b>	<b>Predominancia en</b>
<b>Objetivo 4. la Mejorar Salud mental</b>	Documento del Plan Municipal de Salud mental actualizado.	Actualización e implementación del plan de política municipal de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas adaptado al plan nacional	Proceso	Plan colectivo
<b>Objetivo 5. Enfermedades transmisibles y zoonosis</b>	Aumentar al 70% la detección de casos de tuberculosis en el Municipio		Proceso	Plan colectivo
	1 caso nuevo de lepra	No. de casos nuevos de lepra	Impacto	Plan Individual
	Aumentar al 85% la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva.	No. de pacientes con TBC pulmonar baciloscopia positiva tratados y curados X 100 / Total de pacientes con TBC pulmonar baciloscopia positiva	Impacto	Plan Individual
	Rabia humana transmitida por perro 0 x cien mil.	No. de casos de rabia humana detectados X 100.000 / Total de habitantes	Impacto	Plan Individual
	Mortalidad por malaria: 0	No. de muertes por malaria	Impacto	Plan Individual
	Casos de mortalidad por dengue: 0	No. de muertes por dengue	Impacto	Plan Individual

<b>OBJETIVO NACIONAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>Meta municipal esperada al 2015</b>	<b>Tipo de Resultado</b>	<b>Predominancia en</b>
<b>Objetivo 6. Enfermedades no transmisibles y discapacidades visuales, motoras, auditivas y cognitivas</b>	Total de personas entre 12 y 17 años con actividad física X 100 / Total de personas de 12 a 17 años	66% de los adolescentes (31.974) con actividad física.	Impacto	Plan colectivo
	Total de personas entre 18 y 64 años con actividad física X 100 / Total de personas de 18 a 64 años	Incrementar a 31,6% (76.933 personas) la población entre 18 y 64 años, que hace actividad física.	Impacto	Plan colectivo
	Total de personas entre 12 y 17 años capacitados en desestimular el consumo de cigarrillo.	22.361 adolescentes capacitados en desestimular el hábito del consumo de cigarrillo.	Proceso	Plan colectivo
	Total de personas capacitadas en prevención y control de diabetes e hipertensión arterial y demás factores de riesgo de la ERC y estimulación de la consulta para el diagnóstico temprano.	4.500 personas capacitadas en prevención y control de diabetes e hipertensión arterial y demás factores de riesgo de la ERC y estimular la consulta para el diagnóstico temprano.	Proceso	Plan colectivo

OBJETIVO NACIONAL	INDICADOR	Meta municipal esperada al 2015	Tipo de Resultado	Predominancia en
	Total de personas capacitadas en tránsito seguro.	Capacitación a 5.000 motociclistas, peatones y ciclistas sobre el tránsito seguro.	Proceso	Plan colectivo
<b>Objetivo Mejorar situación nutrición</b>	<b>7. la en</b>	No. de niños menores de 5 años con desnutrición $\times 100$ / Total de niños menores de 5 años	Impacto	Plan colectivo
		No. de niños menores de 5 años fallecidos por desnutrición crónica $\times 100.000$ / Total de niños menores de 5 años	Impacto	Plan colectivo
		Promedio de meses de lactancia materna exclusiva	Proceso	Plan Individual
<b>Objetivo Mejorar seguridad sanitaria ambiental</b>	<b>8. la y</b>	No. de proyectos ejecutados originados en el Plan de Salud Ambiental	Proceso	Plan colectivo
		No. de acueductos muestreados para calidad del agua $\times 100$ / Total de acueductos rurales	Proceso	Plan colectivo



OBJETIVO NACIONAL	INDICADOR	Meta municipal esperada al 2015	Tipo de Resultado	Predominancia en
	No. de establecimientos de alto y bajo riesgo epidemiológico censados X 100 / Total de establecimientos de alto y bajo riesgo epidemiológico	Censo del 80% de los establecimientos de alto y bajo riesgo epidemiológico actualizado y con visita de inspección, vigilancia y control cada año.	Proceso	Plan colectivo
	No. de establecimientos de alto y bajo riesgo epidemiológico con visita de inspección, vigilancia y control X 100 / Total de establecimientos de alto y bajo riesgo epidemiológico		Proceso	Plan colectivo
<b>Objetivo 9. la en</b> <b>Mejorar seguridad el trabajo</b>	No. de personas fallecidas por enfermedad o accidente profesional X 1.000 / Personas registradas en por las ARP en Palmira	Reducir la tasa de mortalidad y morbilidad por riesgos profesionales (Enfermedad profesional y accidentes de trabajo)	Impacto	Plan Individual RP

OBJETIVO NACIONAL	INDICADOR	Meta municipal esperada al 2015	Tipo de Resultado	Predominancia en
	No. de personas con enfermedad profesional X 1.000 / Personas registradas en por las ARP en Palmira	Reducir la tasa de accidentes ocupacionales	Impacto	Plan Individual RP
<b>Objetivo 10. Fortalecer la gestión operativa y funcional</b>	Sistema de información integral en salud funcionando debidamente.	1. Desarrollar un sistema de información integral en salud articulado con la red pública.	Gestión	Plan colectivo
	Sistema de evaluación de resultados implementado.	2. Implementar el sistema de evaluación de resultados de salud.	Gestión	Plan colectivo
	Personal de salud capacitado a través del programa de educación continuada para mejorar la capacidad de gestión del talento humano.	3. Llevar a cabo un programa de educación continuada para mejorar la capacidad de gestión del talento humano en salud.	Gestión	Plan colectivo

En resumen el plan territorial de salud es un documento traza las políticas en salud del municipio de Palmira, buscando garantizarle a la comunidad bienestar integral, es decir no solo salud física, sino salud mental la cual se logra articulando todos los estamentos del gobierno municipal para lograr la satisfacción de las necesidades en vivienda, educación, recreación, alimentación, protección y por supuesto salud, entre otros.

#### **4. RESUMEN PLAN TERRITORIAL DE SALUD TUQUERRES**

El Plan Territorial de Salud de un ente territorial es la carta de navegación en lo referente a Salud del Municipio para un cuatrienio conteniendo en él las orientaciones estratégicas para todos los sectores que integran el sector salud el cual está enmarcado en el Eje Estratégico y en el Plan de Desarrollo del mismo Municipio.

#### **MARCO DE REFERENCIA**

El marco normativo que rige la formulación de este Plan de Salud Territorial para la vigencia 2012 - 2015 se encuentra enmarcado en la normativa vigente expresado en la Ley 1122 del 2007, a través de la cual se hicieron algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre ellas la definición del Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007 - 2010, buscando integrar políticas a favor de la salud de la población tanto a nivel individual como colectivo, cuyos resultados se constituyan en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del País.

Se enmarca además en el Decreto 3039 a través del cual se adoptó el Plan Nacional de Salud Pública constituyéndose su formulación, ejecución y evaluación en obligatorio cumplimiento tanto a nivel Nacional, departamental como municipal, el Plan recoge los compromisos que la Nación adquirió a favor de la salud pública particularmente en la iniciativa de Salud de la Américas, la agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina, los objetivos de desarrollo del Milenio y el reglamento sanitario internacional.

Este Plan es el resultado de la planificación para el logro de objetivos y de los procesos técnicos y metodológicos para la evaluación por metas de resultado. Sigue además vigente la Resolución 425 del 2008 a través de la cual se definió la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, esta resolución propuso adoptar el sistema de evaluación por resultados, modificando sustancialmente la normativa anterior a través de la cual el resultado se medía por el cumplimiento de actividades mas no por el logro de las metas y el impacto de las mismas en la salud de la población.

#### **OBJETIVO**

Contribuir al mejoramiento de la salud y calidad de vida de las personas, bajo los principios de intersectorialidad y complementariedad; respetando la diferencia, la identidad cultural, la equidad de género y promoviendo los entornos saludables.

## PRINCIPIOS

**Universalidad:** Garantizar el derecho fundamental a la salud con calidad, para todas las personas en cualquier etapa del ciclo vital.

**Solidaridad:** Practica de mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de seguridad social en salud, entre las personas.

**Igualdad:** Garantizar el acceso a la Seguridad Social en Salud a todas las personas del territorio nariñense, sin discriminación de cultura, raza, edad, orientación sexual, religión, capacidad económica.

**Obligatoriedad:** La afiliación de toda la población nariñense es de carácter obligatorio.

**Calidad:** Es la provisión de servicios individuales y colectivos de salud de manera integral, segura y oportuna.

**Eficiencia:** Es la relación óptima que existe entre los recursos disponibles y los resultados alcanzados a favor de la salud y calidad de vida de la población.

**Intersectorialidad:** Considerada como la interrelación y articulación de los distintos actores intra y extra sectoriales con el fin de lograr resultados en salud de manera, eficaz, eficiente y sostenible, dirigidos a alcanzar las metas comunes en salud.

**Transparencia:** Las condiciones de prestación de servicios, la relación entre los distintos actores del sistema General de seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deben ser públicas, claras y visibles, garantizando la rendición pública de cuentas de manera periódica.

**Corresponsabilidad:** todo individuo debe propender por su auto cuidado, el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, además debe velar por el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## DIMENSIONES PRIORITARIAS

La construcción del Plan Municipal de Salud "SALUD PARA UN BUEN VIVIR" propone un nuevo modelo de salud, en el que se considere a ésta como un derecho fundamental donde prime el bienestar y se impacte positivamente, y de la manera más amplia, posible en la comunidad. Para considerar las dimensiones en salud se tuvo en cuenta la activa participación del gobierno departamental, de la sociedad nariñense, de la institucionalidad pública y privada, de las organizaciones y gremios asociados a la salud.

Las dimensiones prioritarias son:

- ✓ La Infancia " LO PRIMERO"
- ✓ Salud ambiental y entornos saludables "PARA IMPACTAR SOBRE DETERMINANTES"
- ✓ Salud mental y convivencia, "PARA PROMOVER LA PAZ"
- ✓ Seguridad alimentaria y nutricional, "PARA AVANZAR HACIA LA EQUIDAD"
- ✓ Salud sexual y reproductiva, "PARA CONOCER Y EJERCER LOS DERECHOS"
- ✓ Vida saludable sin condiciones crónicas, "PARA VIVIR Y ENVEJECER MEJOR"

## **ORIENTACIONES ESTRATEGICAS**

**ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD:** Es una estrategia de atención integrada de los servicios de salud, de los sectores y de la comunidad con el fin de garantizar mayor nivel de bienestar a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación en todos los niveles de complejidad.

**PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL:** Es la intervención activa y motivada de la comunidad en la organización, control, gestión y evaluación de las instituciones y del Sistema General de Seguridad Social en Salud generando Movilización social.

**ACCIONES INTERSECTORIALES:** Acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada o continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población, con la articulación de redes sociales para la promoción de la salud y actuar sobre los determinantes sociales priorizados en el departamento como son Educación, saneamiento básico con entornos saludables y calidad del agua.

## **SALUD PÚBLICA**

**Objetivo:** Garantizar las acciones individuales y colectivas de promoción, prevención, mitigación y superación de los riesgos para mejorar el estado de salud de la población Nariñense. Para lograr lo anterior el objetivo el Plan propone alcanzar las siguientes metas:

- ✓ Mantener la tasa de mortalidad en menores de 5 años
- ✓ Reducir la tasa de mortalidad en menores de 1 año
- ✓ Reducir la razón de mortalidad materna
- ✓ Reducir el porcentaje de desnutrición GLOBAL en menores de 5 años
- ✓ Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en mujeres de 10 a 54 años

- ✓ Mantenida la prevalencia de VIH/SIDA en población de 15 a 49 años de edad
- ✓ Reducida la Mortalidad por Malaria
- ✓ Mantenida la Mortalidad por Dengue
- ✓ Mantenida la curación de casos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva
- ✓ Reducida la Tasa de Suicidios
- ✓ Aumentada la atención en Salud Mental a pacientes víctimas de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia basada en género
- ✓ Reducida la proporción de sobrepeso en adultos de 18 a 64 años
- ✓ Disminuida la prevalencia de hipertensión arterial, diabetes y obesidad en menores de 40 años
- ✓ Mantenida la proporción de municipios con IVC en el componente de Salud Ambiental
- ✓ Construido, ejecutado y evaluado el modelo de gestión subregional como propuesta de articulación intersectorial y generación de conocimiento para mejorar intervenciones.